

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
EXPANSÃO POLO III - UFRGS - PORTO ALEGRE**

Mariene Jaeger Riffel

EPISIOTOMIA: A DIMENSÃO OCULTA

Orientadora:

Prof. Dra. Anna Maria H. Luz

Porto Alegre, dezembro de 1997.

R 564e

Riffel, Mariene Jaeger

Episiotomia: a dimensão oculta/ Mariene Jaeger Riffel;
Orient. Dra. Anna Maria Hecker Luz. - Florianópolis:
UFSC, Porto Alegre: UFRGS, 1997.

179p.

Dissertação apresentada na Universidade Federal de
Santa Catarina no Curso de Mestrado em Assistência de
Enfermagem, Expansão Pólo III - UFRGS - Porto Alegre.

1. Episiotomia: dimensão oculta. - 2. Vivência. - 3.
Qualitativa. - 4. Assistência de enfermagem. - 5.
Legislação. - 6. Ética. - 7. Educação. - 8. Cuidados. - 9.
Rotinas. - 10. Tricotomia. - 11. Enema. - 12. Higiene
Corporal. - 13. Relacionamento mãe/recém-nascido. - 14.
Parto. - 15. Cesariana. - I. Universidade Federal de Santa
Catarina. - II. Universidade Federal do Rio Grande Do
Sul. - III. Título.

Bibliotecária Lúcia V. Machado Nunes

CRB-RS 10/197

Mariene Jaeger Riffel

EPISIOTOMIA: A DIMENSÃO OCULTA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC - Expansão Polo III - UFRGS - Porto Alegre - RS, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de Assistência de Enfermagem.

Porto Alegre, 1997.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
EXPANSÃO - POLO III- UFRGS - PORTO ALEGRE

Episiotomia: a dimensão oculta

MARIENE JAEGER RIFFEL

Esta dissertação foi orientada pela Dra. Anna Maria Hecker Luz e submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção de título de Mestre em Assistência de Enfermagem e aprovada em sua forma em 29 de dezembro de 1997, atendendo às normas da legislação vigente no Curso de Pós-Graduação em Enfermagem - Programa de Mestrado em Enfermagem - Opção Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

BANCA EXAMINADORA

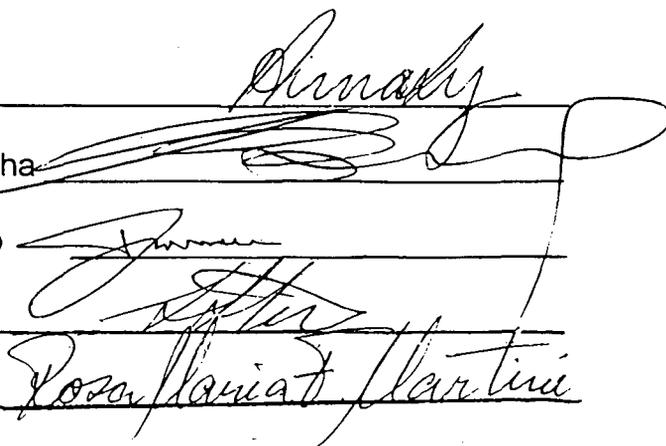
Dra. Prof. Anna Maria Hecker Luz

Dra. Prof. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Dra. Prof. Tamara Iwanow Cianciarullo

Dr. Prof. Silvino Santin

Dra. Prof. Rosa Maria Filipozzi Martini



The image shows five handwritten signatures in black ink, each written over a horizontal line. The signatures are: 1. Anna Maria Hecker Luz (top), 2. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, 3. Tamara Iwanow Cianciarullo, 4. Silvino Santin, and 5. Rosa Maria Filipozzi Martini (bottom). The signatures are written in a cursive style.

AGRADECIMENTOS

A realização deste estudo é importante por representar a finalização do curso de mestrado. Representa, também, crescimento pessoal e profissional em caminhada que, apesar de solitária, conta com a presença solidária de muitas pessoas. A contribuição de cada um é essencial para que o caminho não seja desviado e a chegada seja alcançada.

Por isso, agradeço às seguintes pessoas:

Anna Maria Hecker Luz, minha orientadora, de quem sou aluna desde o período da graduação em enfermagem, pela generosidade ao fornecer material bibliográfico, pela riqueza nas discussões relativas às questões do estudo, pela atenção e presteza nas solicitações de ajuda, e principalmente pela sabedoria, amizade e humanidade para comigo enquanto pessoa e aprendiz;

Lia Brandt Funcke , Ricardo e Lisiane , pelo estímulo, sugestões e amizade;

Lucilda Selli, Jane Biehl, Petronila Libana Ceccin, colegas do curso de mestrado, com quem a realização de atividades acadêmicas propicia a formação de laços de amizade e ao Vanderlei Carraro, cuja disponibilidade em ouvir-me facilita a aceitação do desafio que é o mestrado;

Maria Beatriz Bertoja que permite meu afastamento temporário do trabalho para a conclusão do curso e enfermeira Amália de Fátima Lucena cujo apoio é facilitador em diversas fases do estudo;

Marlene Silveira, que se interessa na leitura e digita os trabalhos produzidos no início do curso e com seus comentários estimula a produção de outros, sobre o mesmo tema. Lou Zanetti que, com seus conhecimentos de redação técnica e sensibilidade, sugere melhorias no texto final da dissertação;

profissionais entrevistados, que sabedores da possibilidade de serem identificados por seus posicionamentos, depõem com sinceridade e atenção;

puérperas entrevistadas, que, juntamente com os profissionais, têm, em suas falas, a riqueza do texto produzido, co-autoria do trabalho realizado;

minha família - pais: Bruno Pedro Riffel e Adelaide Jaeger Riffel; irmãos: Miriam Jaeger Riffel e Bruno Fernando Riffel; cunhados: Paulo Tarciso Verzoni da Silva e Birgit Yara Riffel; sobrinhas: Paula Riffel da Silva e Bruna Riffel da Silva, pela proximidade, carinho em meu cansaço, disponibilidade e atenção no cuidado com minhas filhas;

Darcy Bitencourt, companheiro, incansável em sua ajuda nos raros momentos de presença que seu trabalho permite;

Laura e Renata, minhas filhas, com dez e quatro anos de idade, pelos abraços, beijos e bilhetes escritos ou garatujados que chegam sempre na hora certa e em momentos inadequados à atenção requerida para a realização do trabalho. Às suas perguntas e convites de "*mãe vamos passear?*" ou "*quando tu vai terminá teu tabalho no computador?*", finalmente respondo: terminei.

Dedico este estudo às mulheres, em respeito e consideração às marcas físicas e mentais que trazem em seus corpos, consequência de trabalho, sofrimentos, alegrias.

Dedico especialmente a duas pequenas mulheres, Laura e Renata, filhas de meu corpo e coração, facilitadoras da problematização do tema estudado e ao Darcy, sem o qual ambas não existiriam.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	10
RESUMO.....	11
ABSTRACT.....	12
1. VIVER, OUVIR E FAZER HISTÓRIA.....	13
2. AS QUESTÕES DE ESTUDO E OS OBJETIVOS.....	16
3. O ESTUDO E SEU CONTEXTO.....	18
4. REFERENCIAL TEÓRICO	22
4.1 Aspectos legais, éticos, assistenciais e educativos relacionados à problemativa	23
4.2 Aspectos da literatura sobre a episiotomia	33
5 O MÉTODO DE PESQUISA	39
5.1 Opção da abordagem da pesquisa.....	39
5.2 Delineamento das etapas da pesquisa.....	39
5.3 Identificação dos sujeitos da pesquisa.....	41
5.4 Os instrumentos da pesquisa.....	42
5.5 Procedimentos de análise das informações.....	45
6. CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	49
6.1 aspectos prévios à entrada em campo.....	49
6.2 O dia-a-dia dos encontros.....	50
7. FALANDO SOBRE EPISIOTOMIA COM AS PUÉRPERAS.....	54
7.1 Surpresa e desconhecimento.....	55
7.2 Vivências e comparações	58
7.3 Informações recebidas pelas puérperas e suas percepções.....	63
7.3.1 Durante a gestação e pré-natal.....	63
7.3.2 Sobre cuidados com o períneo.....	69
7.3.3 Sobre problemas decorrentes da episiotomia.....	71
7.4 Questionamentos e reflexões.....	76

8. A ORIENTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE EPISIOTOMIA.....	80
8.1 O dia-a-dia da enfermeira no pré-natal.....	80
• Consultas de enfermagem.....	85
• Cursos de preparação e grupos de orientação ao parto (palestras).....	89
8.2 Rotinas.....	90
8.2.1 Tricotomia.....	92
8.2.2 Enema.....	93
8.2.3 Higiene corporal.....	94
8.2.4 Episiotomia.....	95
8.3 Informações sobre parto e episiotomia.....	98
8.3.1 Expectativas.....	98
8.3.2 O dito e o não dito: silêncio ou omissão.....	104
8.3.3 Vínculo mãe-filho.....	109
8.3.4 Os questionamentos.....	111
8.3.5 A posição vertical para o parto.....	118
• A cesariana.....	126
• A questão dos pagamentos.....	130
8.3.6 Complicações.....	131
8.3.7 Queixas.....	133
8.3.8 As possibilidades de mudança.....	136
8.4 Aspectos da formação dos profissionais relacionados ao parto e a episiotomia.....	140
8.5 Vida pessoal x vida profissional das enfermeiras.....	143
8.6 As contradições.....	148
8.7 A crítica: avaliando a necessidade de episiotomia.....	153
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	 159
 IMPLICAÇÕES DO TRABALHO PARA A ASSISTÊNCIA.....	 163
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 167
 ANEXO A: Documento de liberação do projeto.....	 174
ANEXO B: Termo de consentimento pós-informação.....	175
ANEXO C: Roteiro para entrevistas com puérperas.....	176
ANEXO D: Roteiro para entrevistas com enfermeiras.....	177
ANEXO E: Roteiro para entrevistas com médico.....	178
ANEXO F: Ficha de localização de puérperas.....	179

LISTA DE SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
EEUFRGS	Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
GIG	Grande para a Idade Gestacional
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NIENF	Núcleo de Informática em ENFermeagem
SEMI	Serviço de Enfermagem Materno Infantil
SESP	Serviço de Enfermagem em Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
UCO	Unidade de Centro Obstetrico
UIO	Unidade de Internação Obstetrica
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

A presente dissertação descritivo-exploratória, intenta conhecer a percepção de mulheres e profissionais sobre a episiotomia e sua prática. A pesquisa de campo desenvolve-se num hospital-escola público, em dois momentos; o primeiro, nos meses de agosto e setembro de 1996, entrevistando-se nove puérperas que realizam acompanhamento pré-natal no hospital onde têm seus filhos; o segundo, nos meses de maio a junho de 1997, quando quatro enfermeiras e um médico, que atuam no hospital onde as puérperas do estudo são atendidas, concedem entrevistas. Utiliza-se, para a coleta de dados, técnicas de observação participante, entrevistas com roteiro e reunião com os profissionais entrevistados. Adota-se a metodologia de análise de discurso, descrita em Minayo (1993), para tratamento das informações obtidas através das entrevistas e observações. Consta-se que: as orientações fornecidas às puérperas centram-se na rotina de realização da episiotomia, preconizada no serviço; as instituições de ensino não abordam o parto sem episiotomia; os profissionais limitam-se à orientação de parto de cócoras às poucas ocasiões em que são solicitados; as puérperas ressentem-se por não haver outras opções para parir e, em geral, desconhecem outra forma de parto vaginal que não a com episiotomia; os profissionais não conseguem disseminar outras idéias e práticas de parto vaginal, além do realizado com episiotomia; informam às usuárias o que julgam necessário sobre a prática da episiotomia, entendendo-a um procedimento agressivo tanto às usuárias como a si mesmas pois enquanto profissionais, não concordam com a rotina do procedimento e minimizam o seu efeito ao dar a informação ou omitem-se, fechando-se o ciclo da deficiência de atendimento, informação e valoração a que são acometidos usuárias e profissionais; as enfermeiras atuantes nos locais onde ocorre o parto e onde as puérperas são atendidas, desconhecem as percepções e sentimentos das mulheres episiotomizadas. A importância do estudo reside em pretender articular as deficiências do serviço de saúde emergidas das falas a um repensar do cenário atual da prática de orientação sobre a episiotomia à usuárias e profissionais em contínua formação.

ABSTRACT

This descriptive-exploratory dissertation aimed at surveying what is the understanding of episiotomy and its practice by women and health professionals. Field survey was carried out at a state training hospital in two phases: during August and September of 1996, when nine puerperal women under pre-natal care in the hospital where they had their babies were interviewed, and during May and June of 1997, when four nurses and one physician who work in the same hospital were also interviewed. Participant observation techniques, guided interviews and meetings with the interviewed health professionals were used for data collection. The methodology of discourse analysis, described by Minayo (1993) was employed to treat the information obtained through interviews and observations. It was found that: the orientations given to the patients focus on the routine of the episiotomy procedure as is indicated in the service; training institutions do not address delivery without episiotomy; health professionals only guide delivery in squatting position when asked for; puerperal women resent not having other delivery options and, usually, do not know any vaginal delivery procedure other than that with episiotomy; health professional are not able to disseminate other vaginal delivery ideas and procedures, besides that with episiotomy; they think episiotomy is an aggressive procedure to the patients and to themselves because, as professionals, they do not agree with the procedure as a routine, minimizing its effect or ignoring it when giving information, closing the cycle of deficiency in care, information, and valuation to which users and professionals are submitted; nurses who care with women in labor or puerperal patients have no knowledge of the understanding and feelings of episiotomized women.

The importance of this study lies in trying to understand the deficiency in health care perceived through the discourse in order to reconsider the present scenario of the practice of orientation on episiotomy aimed at users and health professionals under constant training.

1 VIVER, OUVIR E FAZER HISTÓRIA

"Dou uma pequena pista para quem quiser escutar: não se trata de ouvir uma série de frases que enunciam algo; o que importa é acompanhar a marcha de um mostrar" (Heidegger, 1973, p. 453).

Cresci ouvindo histórias sobre o momento do nascimento. Observava minha avó e suas irmãs contando sobre o nascimento de cada um de seus filhos com a participação dos maridos e parteiras. Ouvia, também, minha mãe falando sobre meu nascimento e de meus irmãos. Histórias que se repetiam, mas sempre contadas e ouvidas com muita emoção, o que as tornava diferentes, inesgotáveis, mágicas.

Notei que a partir da geração de minha mãe, as mulheres iam ao hospital para terem seus filhos. Pouco mais tarde, suas primas mais novas contavam que "tiveram que receber pontos para que seus filhos pudessem nascer." Que pontos seriam? perguntava-me. De que maneira tão poucos anos modificariam mulheres (e seus períneos) com origem, modo de vida e experiências semelhantes?

Durante o curso de graduação em enfermagem, veio a resposta: era a episiotomia, uma incisão perineal realizada para ampliar o canal do parto e facilitar a saída do concepto, evitando-se possível hipóxia, lacerações do períneo, cistocele¹ e retocele² na mulher.

¹ Cistocele: saliência herniária de porção da bexiga para dentro da vagina.

² Retocele: saliência herniária de porção do reto para dentro da vagina.

Graduada, a habilitação em enfermagem obstétrica continha a advertência: enfermeira obstétrica realiza parto e episiotomia nas situações que requeiram a intervenção, mas não tem respaldo legal para a episiorrafia. A lei do exercício profissional do enfermeiro, de 1986, legalizou o ato, porém não existe regulamentação do pagamento pelo sistema de saúde do país e o procedimento continua sendo, na maioria das vezes, um ato médico e, portanto, remunerado.

Em mais de 15 anos de atividade profissional na função de enfermeira, inserida nas atividades assistenciais ou administrativas, constatei que a episiotomia, a princípio utilizada em situações específicas, tornou-se uma prática rotineira nos partos hospitalares. A não ocorrência deste procedimento atém-se às mulheres que chegam ao hospital em fase avançada do trabalho de parto inviabilizando o acesso à tesoura cirúrgica ou ao bisturi para realizá-lo.

Aos questionamentos femininos sobre este procedimento - nos cursos de preparação ao parto, durante a permanência nas salas de pré-parto ou imediatamente antes de sua realização - eu apenas ouvia ou dava a resposta acadêmica: é importante para ampliar o canal do parto, diminuir riscos para o feto, evitar lacerações do períneo e suas conseqüências. Mas, minhas indagações quanto ao seu uso indiscriminado, continuavam, principalmente por observar que mulheres de todas as idades eram submetidas a perineoplastia sem relação precisa com sua vida reprodutiva. Constatei, também, os inúmeros problemas decorrentes da episiotomia: infecção localizada ou generalizada, deiscências de sutura, retrações de cicatriz, suturas com bordos em desalinhamento requerendo tratamento prolongado e, às vezes, intervenções corretivas. Em determinados casos após a episiotomia fez-se necessária nova intervenção para o mesmo nascimento: a cesariana. Estas intercorrências, únicas ou associadas, determinaram, muitas vezes, a solicitação de cesariana em gestações subseqüentes.

Meu primeiro parto foi com episiotomia. Julguei dispensável a ação, mas naquele momento de minha vida não questioneei o que hoje considero uma agressão desnecessária, por ser rotina. Uma iatrogenia, por não ter sido tentado o nascimento sem o corte. Um engano, visto que o bem estar materno-fetal tinha avaliação favorável.

Um ato impensado (de quem? Meu, por me submeter sem possibilidade de escolha? Do médico, que não aventou outra alternativa? Nossa - minha e da médica - por estarmos atreladas ao sistema que induz a ações de submissão?)

Desejando vivenciar uma experiência diferente com o nascimento de minha segunda filha procurei uma profissional qualificada, entre tantas, mas com competência para garantir o parto sem episiotomia se as condições fossem satisfatórias. Durante o *trabalho de parto*³, lembro-me de ter comentado com a obstetra o fato de nós profissionais da área materna, enquanto mulheres vivenciadoras da experiência do parto com necessidades insatisfeitas (por exemplo: barra fixa na parede para apoio nas mudanças de posição durante a deambulação ou no teto para a parturiente movimentar-se e apoiar-se no leito) pouco contribuimos para melhorar estas condições.

Neste ínterim, chegou o momento do nascimento e percebi o gesto da obstetra em busca do bisturi para a realização da episiotomia. Simultaneamente, lembrei-lhe do combinado, solicitando aguardar mais um pouco. Na sala de parto, tão silenciosa até então, houve burburinho entre os presentes. Em cada deles estampava-se a surpresa pelo fato de uma enfermeira obstétrica não desejar a episiotomia: exceção à regra estabelecida.

O tempo passou e, aqui, resgato este assunto enquanto, mulher, enfermeira, cidadã e aluna.

Na disciplina de prática assistencial do curso de mestrado, tive a oportunidade de entrevistar mulheres episiotomizadas entre vinte e quatro e trinta e seis horas após o parto. As informações obtidas evidenciam o *tom* surpreendentemente enfático de desconforto, conformismo, submissão e desinformação quanto ao assunto em pauta e são utilizadas na elaboração deste relatório de dissertação.

No decurso do estudo, como atividade complementar e igualmente importante, são ouvidos profissionais que orientam e realizam a episiotomia.

³ N. A.: Trabalho de parto - primeiro estágio do parto. Diz-se em obstetria, primeiro período clínico do parto. Caracteriza-se por contrações uterinas ritmadas que provocam modificações plásticas do colo uterino, possibilitando dilatação suficiente para a passagem do feto.

2 AS QUESTÕES DE ESTUDO E OS OBJETIVOS

A partir das colocações feitas anteriormente - item 1: *Viver, ouvir e fazer história* - construo questionamentos sobre a prática da episiotomia elaborando questões norteadoras para a pesquisa e realização deste estudo:

1 Como as puérperas percebem as informações sobre a episiotomia e sua prática?

2 As mulheres participam da decisão sobre a realização ou não da episiotomia?

3 Os profissionais da saúde oferecem informações completas sobre a episiotomia às gestantes?

4 A episiotomia é questionada ou aceita como procedimento inquestionável?

5 Os profissionais estão atualizados quanto a práticas alternativas de procedimentos no período expulsivo⁴?

6 Como os profissionais de saúde que atuam junto à mulher percebem a prática de episiotomia?

O desdobramento destas questões ocorre a partir da interação da pesquisadora com as circunstâncias em que se vê envolvida e expressam o questionamento: *a episiotomia é realmente indispensável?* Assim, uma vez apontadas as questões

norteadoras da pesquisa coloca-se, a seguir, em síntese, os objetivos que englobam as mesmas.

- Conhecer as percepções e sentimentos das mulheres sobre a prática da episiotomia.
- Conhecer as informações, atitudes e comportamentos dos profissionais da saúde em relação a prática da episiotomia e suas implicações.

⁴ Período expulsivo - segundo estágio do parto. Diz-se em obstetria, segundo período clínico do parto, cuja principal ocorrência é o nascimento da criança.

3 O ESTUDO E SEU CONTEXTO

Na cidade de Porto Alegre, capital do Estado do Rio Grande do Sul, no ano de 1993 ocorrem 23.213 registros de nascimentos de crianças vivas, para uma população de 1.280.001 habitantes (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 1994). Apenas 1,4% destes nascimentos não ocorrem em um dos 14 hospitais que prestam atendimento obstétrico. Do total de nascimentos, 62,6% são partos espontâneos (para o Ministério da Saúde são partos vaginais com ou sem episiotomia e não instrumentalizados), e 76,0% ocorrem num dos seis hospitais conveniados com o SUS - Sistema Único de Saúde, onde há programas de residência médica em obstetrícia (Porto Alegre, 1994).

No mesmo período, o total de nascimentos no Estado do Rio Grande do Sul é de 186.463 crianças vivas, cabendo a Porto Alegre cerca de 12% do total de nascidos vivos do Estado (Rio Grande Do Sul, 1995).

Dentre os seis hospitais conveniados com o SUS inclui-se o HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde obtém-se as informações sobre a realização da episiotomia. No HCPA, o total de nascimentos atinge o número de 2.394 crianças, em 1993, cerca de 10% do total de nascidos vivos da cidade de Porto Alegre. Os percentuais de partos espontâneos tanto na cidade quanto no Estado são os mesmos: 62,6%.

Nos registros dos documentos das Secretarias de Governo e outros órgãos de referência nacional como o IBGE, não constam informações discriminadas de partos espontâneos *com* e *sem* episiotomia. No HCPA, estes dados são anotados em livro

específico podendo-se resgatar as informações.

O HCPA conta com 3.763 funcionários, dos quais 1.472 pertencem ao grupo de enfermagem (enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem).

De 1980 a 1987, integro o quadro de pessoal na UCO - Unidade de Centro Obstétrico na função de enfermeira, e a unidade é composta por 11 enfermeiras (todas habilitadas ou especializadas em enfermagem obstétrica), 20 técnicos de enfermagem e 13 auxiliares de enfermagem assim distribuídos: 2 enfermeiras, 5 técnicos e 3 auxiliares de enfermagem pela manhã; 3 enfermeiras e 7 técnicos de enfermagem à tarde; 2 enfermeiras, 3 técnicos e 3 auxiliares de enfermagem em duas das três noites, sendo que a terceira noite, possui, além de 2 enfermeiras, 2 técnicos e 4 auxiliares de enfermagem, perfazendo um total de 44 pessoas.

A UCO dispõe de duas salas para admissão da gestante, uma sala para o preparo e seis salas de pré-parto numa área semi-restrita. As quatro salas de parto, duas salas para cesariana, três salas de atendimento ao recém-nascido e uma sala para recuperação da mulher, quer o parto seja vaginal ou abdominal estão localizadas numa área restrita visto tratarem-se de procedimentos cirúrgicos.

Durante a permanência na UIO - Unidade de Internação obstétrica, atuo eventualmente na coordenação de alguns grupos de puérperas. As reuniões são realizadas, diariamente (até hoje) e delas participam os pais dos recém-nascidos ou outro familiar que acompanha a puérpera nos primeiros dias da volta ao lar.

Atualmente, a UIO mantém: 2 enfermeiras e 8 auxiliares de enfermagem no turno da manhã; 3 enfermeiras e 7 auxiliares de enfermagem no turno da tarde e 1 enfermeira e 5 auxiliares de enfermagem em cada uma das 3 noites, perfazendo um total de 38 pessoas.

A Unidade de Internação Obstétrica possui dois quartos para pacientes privadas, uma enfermaria de seis leitos para gestantes, seis quartos com leitos semi-privativos para puérperas, e quatro enfermarias de seis leitos cada para puérperas, perfazendo um total de 44 leitos.

De 1987 a 1989, na qualidade de docente na EEUFRGS - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande de Sul, assumo a chefia do SEMI - Serviço de Enfermagem Materno Infantil no HCPA.

Não mais pertenço ao corpo funcional do HCPA ou da EEUFRGS, mas acredito que a vivência no hospital durante tantos, favoreceu este estudo, pelo fato de poder contar com pessoas que permanecem na instituição e pelo conhecimento da estrutura administrativa, mais precisamente da enfermagem.

Outro dos seis serviços que compõe o Grupo de Enfermagem do HCPA é o SESP - Serviço de Enfermagem em Saúde Pública, onde está incluída a Zona 6 em que são atendidas as mulheres no ciclo grávido-puerperal a nível ambulatorial. Aqui estão lotadas três enfermeiras que realizam consultas de enfermagem, pré e pós-natal, palestras para gestantes do 3º trimestre e cursos de preparação ao parto. Há, também, uma docente da EEUFRGS que mantém o campo de estágio, atendendo consultas agendadas em dois turnos/semana. Estas enfermeiras são, todas, pós-graduadas em enfermagem obstétrica. Trabalham, nesta unidade, seis auxiliares de enfermagem distribuídas nos turnos da manhã e tarde.

Nas unidades do SEMI (UCO, UIO) e do SESP (Zona 6) existem condutas padronizadas para o atendimento da cliente. Objetiva-se com isto evitar a duplicidade de condutas, quando não necessárias, durante o atendimento, visto que é atendida nos dois serviços em momentos diferentes do ciclo grávido-puerperal.

O fato de todas as enfermeiras pesquisadas serem pós-graduadas em enfermagem obstétrica torna o local de pesquisa diferenciado em relação a outros contextos de trabalho e determina transformações da realidade existente pela crítica e avaliação constante do trabalho realizado.

Neste hospital existe, também, um prontuário único do paciente onde todos os profissionais que prestam assistência realizam seus registros embasados no Sistema de Weed (Comissão de prontuários do HCPA, 1973).

A metodologia de trabalho utilizada pela enfermagem é a preconizada por Wanda Horta (HORTA, 1979) com as adaptações⁵ cabíveis.

⁵Esta adaptação refere-se a simplificação dos registros tendo em vista o tipo de atendimento que está sendo realizado e as necessidades afetadas por ocasião do atendimento.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

“E se o poder de interpelação produtora ocultasse em si um sinal precursor daquilo que é próprio do homem e unicamente dele? Se for este o caso, devemos então, para experimentá-lo, permanecer atentos precisamente a este império de interpelação produtora. Isto exige que nós, em vez de nos consumirmos na atividade produtora, e nos restringirmos à mera consideração do mundo da técnica, recuemos em face do poder da interpelação produtora. O passo para trás, diante dela é necessário. Mas, voltar para onde? (...) O passo para trás não significa uma fuga do pensamento para passadas eras (...) O passo para trás não significa, também, o ‘regresso’, em oposição ao progresso avassalador que tudo cultiva e transforma; não significa, portanto, a vã tentativa de frustrar o progresso da técnica. O passo para trás é antes o passo para fora da órbita em que acontecem ‘progresso e regresso’ da atividade produtora” (Heidegger, 1972, p.13).

Considerando-se o referencial teórico um esboço para a análise dos dados relativos às questões em evidência, apresenta-se, a seguir, reflexões sobre aspectos éticos, legais, assistenciais e educativos relacionados com o tema e alguns aspectos da literatura relacionados à episiotomia, auxiliares diretos na elaboração e na análise do estudo.

Por tratar-se de um estudo exploratório, constrói-se o referencial à proporção que questões consideradas relevantes surjam.

4.1 Aspectos legais, éticos, assistenciais e educativos

Presume-se que, no Rio Grande do Sul, os partos com ou sem episiotomia raramente sejam efetuados pela enfermeira obstétrica, pois além de o número destas profissionais ser exíguo, a maior parte das maternidades não conta sequer com enfermeiras generalistas em todos os turnos de trabalho.

Contudo, ao atuar em grupos de gestantes e puérperas nos cursos de preparação ao parto ou no atendimento à gestante em trabalho de parto, as enfermeiras orientam sobre a conduta da gestante no período expulsivo e episiotomia.

Porém, nos hospitais mantenedores de residência médica em obstetrícia, as funções da enfermeira obstétrica estão aquém das incumbências previstas na Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro, n.º 7498 de 1986 (Brasil, 1987), mais especificamente às relacionadas ao período expulsivo, episiotomia e episiorrafia.

A lei nº 7498, assim se expressa:

I - prestação de assistência à parturiente e ao parto normal;

II - identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

III - realização de episiotomia e episiorrafia com aplicação de anestesia local quando necessária."

A lei em pauta, segundo Jorge (1976), surge no Brasil após longa caminhada evolutiva para a enfermagem obstétrica que de 1521 a 1972 atém-se à função de parteira.

Abre se aqui, espaço para breve síntese deste período, suas leis e decretos, conforme o estudo de Jorge (1976) "Evolução da Legislação Federal do Ensino e do Exercício Profissional da Obstetrícia (parteira) no Brasil".

A legislação federal das "parteiras" tem início no Brasil em 1521, e concede as "cartas de exame" às pessoas desejosas de exercer a arte de partejar. As exigências para a concessão destas cartas igualam-se às dos físicos, cirurgiões, sangradores e boticários, todos incluídos numa mesma legislação profissional.

Em 3 de outubro de 1832, promulga-se a primeira lei do ensino para parteiras. As Faculdades de Medicina transformam-se em Academias Médico-Cirúrgicas no Rio de Janeiro e Bahia, e concedem títulos de Doutor em Medicina, de Farmacêutico e de Parteira através dos cursos de Medicina, Farmácia e Partos.

Até este período, segundo Freire⁶, *“o exercício da obstetrícia estava entregue às mulheres, não raro negras escravas, ou velhas chamadas parteiras ou comadres, cuja ignorância e métodos de assistência se adivinhavam”*.

Conforme Jorge (1976, p.27), *“fosse a mulher rica ou pobre, escrava ou nobre, não se utilizava, neste período, do físico ou cirurgião para os trabalhos do parto”*.

Em 1882 surge o decreto nº 8387 e, pela primeira vez, fixam-se, explicitamente, as atribuições das parteiras.

“As parteiras, no exercício de sua profissão, limitar-se-ão a prestar cuidados indispensáveis às parturientes e aos recém-nascidos nos partos naturais. Em caso de distócia ou parto laborioso deverão sem demora reclamar a presença do médico e, até que este se apresente, empregarão tão somente os meios conhecidos para se prevenir qualquer acidente que possa comprometer a vida da parturiente e do feto.

São-lhes expressa e absolutamente proibidos: o tratamento médico ou cirúrgico das moléstias das mulheres e das crianças, os anúncios de consultas e as receitas, salvo as de medicamentos destinados a evitar ou combater acidentes graves que comprometam a vida da parturiente ou do feto, ou recém-nascido. Tais receitas deverão conter a declaração de urgentes. Às infrações serão aplicadas as penas do artigo 41 ”(Jorge, 1976, p.32).

Em 1923 promulga-se o decreto nº 16.300, e surge nas leis, pela primeira vez, a profissão de enfermeira, embora com prestígio nada semelhante ao das parteiras. Nesta lei sequer aparecem as funções do enfermeiro.

Em 1925, suprimem-se os cursos de parteiras e cria-se o curso para enfermeiras das maternidades anexas às Faculdades de Medicina, com a duração de dois anos,

⁶ FREIRE, G. *Casa grande e senzala*. São Paulo: José Olympio, 1946. p. 576, 578, 598. Apud JORGE, 1976. p.27.

regularizado pelo decreto nº 20.865 de 1931. Exige-se o curso primário completo ou prova de admissão, equivalendo ao certificado do curso primário. Porém, na esperança de implantar cursos de especialização em enfermagem obstétrica a nível de pós-graduação, o curso é extinto pela lei nº 775, em 1949.

Os cursos de enfermagem obstétrica anexos às Faculdades de Medicina, equiparam-se aos de nível superior a partir de 1961, pelo decreto nº 50.387. Em 1972 estipula-se o currículo mínimo dos cursos de enfermagem e obstetrícia e, partir daí, para a concessão do título de enfermeira obstétrica exige-se o pré-requisito da graduação.

Durante 434 anos, de 1521 a 1955, a legislação do exercício profissional da parteira está contida na legislação do exercício da medicina. Somente em 1955 é promulgada a lei nº 2604 "que regula o exercício da enfermagem profissional" e torna privativo o exercício da enfermagem obstétrica na qualidade de obstetrix e parteira. Porém, nada consta de específico sobre a assistência prestada à mulher, citando apenas o "exercício da enfermagem", valendo, portanto, o mesmo texto publicado em 1882. Em 1961 é publicado o decreto nº 50.387 e em seu parágrafo único do capítulo 11º diz:

"É da responsabilidade da obstetrix e da parteira:

- a) prestar assistência de enfermagem obstétrica à mulher no ciclo grávido-puerperal, em domicílio ou no hospital;*
- b) acompanhar o parto e puerpério normais, limitando-se aos cuidados indispensáveis à parturiente e ao recém-nascido;*
- c) solicitar a presença do médico, com urgência, em qualquer anormalidade;*
- d) avisar à família, a ocorrência de qualquer sintoma anormal, cabendo-lhe, outrossim, a responsabilidade criminal pelos acidentes atribuíveis à imperícia de sua intervenção."*

No art. 12: "É permitido às obstetrixes e parteiras:

- a) em casos urgentes em que não possa fazer delivramento manual, ocorrência de hemorragia grave, aplicar injeções cardiotônicas de soro glicosado de soluto fisiológico; providenciar a autorização médica para a transfusão sangüínea e a oxigenação materna ou fetal, praticar*

manobras respiratórias e oxigenoterápicas visando a reanimação do recém-nascido;

b) aplicar injeções que provoquem a contração do músculo uterino, após o delivramento."

Quanto às proibições, destaca-se a do inciso "e", artigo 15, em que é vedado à enfermeira realizar qualquer intervenção cirúrgica, salvo a episiotomia, quando exigida.

Após esta lei do exercício profissional, edita-se a de 1986 (ver p. 23). Apesar das conquistas legais, muito há que se pleitear, tanto no terreno jurídico quanto na prática para o efetivo exercício da profissão.

As mulheres, na atualidade, procuram o hospital para terem seus filhos (Porto Alegre, 1995) e, no momento da sua internação, recebem novo *status*: o de paciente. Passam, *"a ser vistas como seres doentes, que estão ali para receber assistência através de ações meramente tecnicistas, ou como simplesmente objetos submetidos ao saber e ao fazer científicos"* (Funcke 1993, p.2).

Nas organizações hospitalares, a principal função do enfermeiro é a assistencial e, para Funcke (1993, p.3), esta *"deve estar permeada de ações preventivas, promovendo a saúde e cidadania do paciente"*.

No caso das gestantes, estas ações, a nível do hospital, deveriam incluir vê-la como uma pessoa e família num momento peculiar e importante, com capacidade de desempenhar seu papel fisiológico de mãe de forma digna e saudável, informada sobre os procedimentos a serem realizados, seus direitos de cidadã e os recursos disponíveis para reclamá-los.

Gauderer (1991, p.50) afirma que:

"O comportamento de se cuidar através da educação para a saúde não é apenas um direito mas também uma responsabilidade individual, coletiva e social, implicando dar atenção não só ao corpo físico como também ao de toda a sociedade: um povo informado e educado é um povo livre e saudável".

O Código do Consumidor (Brasil, 1991a), contém em seu artigo 6º os direitos

básicos do consumidor em seus incisos:

I - a proteção da vida, saúde e segurança contra o risco provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos;

II - a educação e divulgação sobre o consumo adequado dos produtos e serviços, asseguradas a liberdade de escolha e a igualdade nas contratações;

III - a informação adequada e clara sobre os diferentes produtos e serviços, com especificação correta de quantidade, características, composição, qualidade e preço, bem como os riscos que apresentam;

*IV - a proteção contra a publicidade enganosa e abusiva, métodos comerciais coercitivos ou desleais, bem como contra práticas e cláusulas abusivas ou **impostas** (grifo da autora) no fornecimento de produtos e serviços;"*

No Código do Consumidor (Brasil, 1991a), chamado popularmente de Código de Defesa do Consumidor, em seu artigo 14, lê-se:

"O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos"

Pode-se ler, ainda, na seção IV - Das Práticas Abusivas - art. 39, inciso IV:

*"É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços prevalecer-se da fraqueza ou ignorância do consumidor, tendo em vista sua idade, saúde, conhecimento ou condição social, para impingir-lhe seus produtos ou **serviços**" (grifo da autora).*

Também prevê infrações penais de acordo com as condutas que constituem crimes, conforme, por exemplo, o tipificado no art. 66 o qual reza:

"Fazer afirmação falsa ou enganosa, ou omitir informação relevante sobre a natureza, característica, qualidade, quantidade, segurança, desempenho, durabilidade, preços ou garantia de produtos ou serviços."

Portanto, pelo Código do Consumidor fica clara a responsabilidade do profissional em informar sobre os serviços prestados, estando sujeito, inclusive, à penalidade, visto que esta situação poderá configurar-se como crime.

Por sua vez, no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 1993) capítulo IV - dos deveres específicos dos enfermeiros, os artigos estão em consonância com o Código de Defesa do Consumidor:

“Art. 26 - Prestar adequadas informações ao cliente e família a respeito da Assistência de Enfermagem, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer.

Art. 27 - Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar.”

Para Funcke (1993, p.3) *“é importante observar o esforço de enfermeiros no desempenho de atividades de educação para a saúde que nos dias de hoje ainda tem ocorrido na forma de transmissão daquele que sabe para quem não sabe.”*

Em todas as sociedades e em todos os tempos, a informação é poder. Possuir a informação e controlar os mecanismos pelos quais a informação é transferida é sinônimo de força, poder. *“Porém, quanto mais pessoas tiverem informação e quanto mais informação as pessoas tiverem, melhor será a sociedade e sua base democrática”* (Fischer, 1984, p.19).

Esta forma de agir tem consonância com o modelo básico e tradicional de ética, definido por Gelain (1987)⁷ como o *“conjunto de normas que regem os atos humanos”*. Neste modelo, o *“certo e o errado passa a ser o que está conforme ou em desacordo com a lei ou a vontade divina”*.

Tanto no modelo tradicional quanto no legitimador, as conseqüências práticas são a transformação do que não passa de simples constatação de práticas usuais consolidadas em norma moral e profissional, tornando as atitudes profissionais meras repetições (Gelain, 1995).

⁷ GELAIN, Ivo. **Deontologia e enfermagem**. São Paulo: EPU, 1987. Apud Gelain. **A ética na enfermagem: sua história e suas perspectivas**. 1995, p.10.

Gauderer (1991, p.47) afirma que:

“o paciente ou o seu responsável têm o direito de saber todos os dados a respeito do seu corpo, sua saúde ou doença, visto que estes lhe pertencem e não ao médico. A permissão dada ao médico é para lidar com estes aspectos, mas não para decidir pelo paciente e assim serem respeitadas suas capacidades de discernimento, julgamento, assim como sua opinião.”

Ainda conforme Gauderer, a conscientização de direitos não é uma mudança de filosofia, mas a descoberta do óbvio levando a redistribuição das forças do poder, característica básica de toda democracia real.

Para a conquista desta redistribuição de forças do poder, a exemplo de Gelain, questiona-se: - pode-se *“estar eticamente tranqüilo se a maioria da população não conhece seus direitos?”* A resposta pode estar no enfoque mais recente de ética a qual revela *“preocupação, uma luta pelo bem estar não só individual, mas também social e coletivo”* (Gelain, 1995, p.12).

Esta concepção moderna de ética, cujo modelo é chamado de social-problematizador, Vasques (1969)⁸ a define como *“a ciência do comportamento humano em sociedade”*. Assim, o ético é, também, a busca de níveis crescentes de conscientização dos indivíduos visando a cidadania. E, para ocorrer a conscientização, a ética valoriza a estética - a forma, o fazer - tão importante na enfermagem, tornando-a instrumento para a conquista da cidadania, responsabilidade ética do indivíduo (Santin, 1995).

Martini (1994), analisando o *“Eros”* e o *“Ethos”* pedagógico ao longo da história, cita como fios condutores, a palavra e seu exercício, através da expressão dos pensamentos com o outro, para o desenvolvimento da razão e do bem em suas diversas formas. Diz, ainda, que *“os atos de fala são ações que se apresentam como passíveis de serem fundamentadas com razões em diversos níveis: cognitivo, comunicativo e emancipatório. O importante é que o falante e o ouvinte refiram seu significado”* (Martini, 1994, p.85).

Sabatino (1992) relata que no serviço obstétrico sob sua responsabilidade,

⁸VASQUEZ, A.S. *Ética*. México: Grijabo, 1969. Apud Gelain, 1995, p.12.

realiza-se trabalho psicofísico para que as grávidas possam encarar qualquer tipo de parto e a escolha é livre por parte do casal grávido, exceto quando existem indicações para cesárea ou fórceps. Enfatiza que o privilégio de a mulher grávida poder selecionar o tipo de parto a ser adotado, ainda está longe do caminho natural.

Para o autor, as experiências alternativas são determinadas por fatores alheios aos fenômenos biológicos do nascimento (considerados favoráveis), submetidos a outros relacionados aos aspectos comportamentais, conseqüentes de condições sócio-culturais; aos fatores humanos, institucionais, orgânicos e maternos.

A autora do estudo em pauta preconiza o direito da gestante à informação sobre a possibilidade de evitar a episiotomia quando não necessária. Os profissionais de enfermagem têm a obrigação de conhecer, reconhecer e informar as gestantes sobre as alterações anátomo-fisiológicas que ocorrem na gestação, especialmente as vulvares, como reações orgânicas naturais e preparatórias para o parto.

Ressalta-se que os atos obstétricos realizados essencialmente por mulheres, no passado, gradativamente são reduzidos a algumas práticas enquanto criam-se as escolas de medicina. Mais recentemente, a partir de 1962, com a inclusão dos médicos residentes na clínica obstétrica, a rotina da episiotomia no parto dissemina-se (Costa, 1992).

A ampliação de conhecimentos na área materna (até então exclusivo das mulheres parteiras) tem provocado avanços importantes para o melhor acompanhamento da gestação e nascimento porém, estes avanços, conforme Paciornik (1991), tornam-se iatrogênicos por seu uso abusivo.

O fato de reproduzir as informações que perpetuam o fazer médico, incluindo-se a episiotomia, tem suas origens também na história da legislação profissional, pois durante mais de 400 anos a enfermagem faz parte da mesma legislação dos médicos que, ao apoderarem-se deste saber, o ato de partejar passa a ser uma atividade preponderantemente masculina e com valorização social diferenciada. No entanto, convém lembrar que a mulher vem conquistando, gradativamente, posição de destaque na saúde da população com amparo legal e através de ações na função de agente de

saúde das comunidades mais carentes e voluntária nas instituições.

Zuben (1990, p.15) pondera que:

"... é na atitude natural que há um contato ingênuo com as coisas; não há verdadeiros problemas: tudo parece familiar. Na estranheza ocorre a ruptura; o trato habitual com as coisas é rompido. Ao nos surpreendermos, percebemos logo que as coisas são estranhas a nós, e nós a elas. Na estranheza descobrimos o que a familiaridade encobria. Esta contradição, esse contraste entre o familiar e o estranho constitui o problema. O caráter formal de todo o problema é a contradição. Isto não basta, é necessário que o homem se estranhe também, isto é, volte-se para si próprio e coloque para si os problemas que descobre em seu estranhamento."

Em sua obra, *Ética a Nicômaco* (Aristóteles, 1991), Aristóteles chama de discernimento a discriminação correta do equitativo frente a situações que necessitam decisão e ação imediatas. Afirma, também que a origem da ação é a escolha e que a escolha não pode existir sem razão e intelecto, nem sem uma disposição moral.

Martini (1994, p. 62-67), ao citar Aristóteles, ressalta:

"Tanto o prazer do exercício do pensar como o de deliberar sobre a justiça da ação, supõe tanto a prática política como a educativa e, através delas, é possível formar o homem de bem (spoudaios), que é capaz de usar o critério correto para cada situação. Se alguém quer ajudar os outros a se tornarem melhores, deverá não só ter aprendido a viver segundo as leis, mas também, ter participado na elaboração das mesmas."

O "aprender a viver segundo as leis" supõe, em alguns casos, observar, participar e criar modelos diferenciados para que a lei beneficie, de fato, o sujeito e seja adaptada com a flexibilidade condizente à responsabilidade do aplicador. A prática da lei ou da norma que rege a episiotomia deve passar pela reflexão responsável do profissional capacitado para discernir sobre seu uso ou não.

Considerado procedimento adquirido através de conhecimento científico, muito tem a contribuir e é uma prática que deve ser realizada em alguns casos. Porém, a intenção aqui é questionar o possível uso abusivo e se a gestante recebe as

informações adequadas sobre a sua realização.

Conforme Videla (1973 p. 155), seria absurdo dizer que nenhuma mulher deve submeter-se à episiotomia, pelos seguintes motivos:

“1- opor-se a toda a episiotomia é desconhecer absolutamente a anatomia humana;

2- é uma técnica que possui indicações precisas mas não absolutas;

3- não se prejudica uma mulher se sua necessidade é uma episiotomia.”

Além disso, não é um procedimento que a mulher enfrente sem temores. De acordo com Videla (1973 p. 153) *“a mulher teme a episiotomia e a teme com razão, principalmente quando tem a oportunidade de comparar partos onde não houve necessidade de sua realização.”*

Existem, ainda, afirmações feitas por médicos no momento da episiorrafia do tipo: *“não se preocupe, lhe deixarei como nova, zero km, parecerá uma virgem...”*, como se a “nova virgindade construída” fosse importante para uma mulher orgulhosa de sua genitalidade, do prazer de dar-se e de sua experiência como ser humano.

Se, por um lado, Albornoz (1993, p. 8) pondera que *“a disposição à pós-modernidade traz a esperança e o anúncio de um novo saber, que supere a hiperfragmentação das ciências e disciplinas da época moderna, reencontrando os elos perdidos para a compreensão do humano”* por outro, Gadamer (1993, p. 15) afirma que quando o indivíduo se sente dependente e impotente face às formas de vida proporcionadas tecnicamente, torna-se incapaz de conseguir sua identificação ocorrendo um efeito social que ameaça nossa civilização: *“o privilégio que se outorga à capacidade de adaptação”*.

Em suas reflexões, Videla (1973, p. 151) escreve que

“Todo o charme e ternura da maternidade parece condensar-se na imagem da mãe com seu filho ao colo. Porém, o que nem todos imaginam é o que pode representar, neste momento, o intenso ardor vulvar provocado por uma incisão de mais de 4 cm

de comprimento e muito mais de profundidade, que provoca dor ao urinar, evacuar, que pode dificultar uma vida genital normal e onde muitas vezes se determina um culpado: o filho. É aí que geralmente ouvimos a expressão: se não fossem estes pontos..."

Acredita-se que há mulheres que não questionam mais esta prática, visto que *todas as mulheres "levam" pontos quando têm parto normal*. Paralelamente, questiona-se a disposição de enfermeiros e outros profissionais da saúde em discutir a respeito desta prática. Mudanças são sempre difíceis de aceitar. É mais cômodo utilizar o ensino acadêmico do que criar formas dignas de tratar o ser humano.

Videla (1973, p. 221) salienta que o pessoal médico resiste às mudanças por dois motivos fundamentais: *"para não assumir a impotência e o temor frente aos novos conceitos que desconhece e, porque resiste em modificar sua onipotência ante a paciente, tendo que integrar a este corpo, a essa vagina num corpo-objeto-mulher de um ser humano, seu psiquismo e sentimentos."*

A enfermagem, enquanto perpetuadora deste fazer médico, inclui-se na observação de Videla.

Deve-se tratar o temor da episiotomia e sua realização indiscriminada enfrentando-se o problema e agindo-se com responsabilidade: orientar e informar a mulher da maneira mais abrangente possível sobre o ato, ajudando-a a defender sua integridade e evitando-se procedimentos desnecessários.

4.2 Aspectos da literatura sobre a episiotomia

Na literatura, a episiotomia é enfocada sob os mais variados aspectos. Burroughs (1995, p. 362), Rezende e Montenegro (1992, p. 199), assim a definem: *"é o corte realizado na vagina para evitar lacerações, encurtar o segundo período do parto, diminuir a pressão sobre a cabeça do feto e facilitar as manobras do parto"*. A definição é repetida com diferentes nuances em diversos livros de obstetrícia. Oxorn (1989, p. 454) salienta o aspecto profilático como primeira indicação de episiotomia: *"para preservar a integridade do assoalho pélvico"*.

Ao avaliar-se estas indicações é importante lembrar: lacerações sempre ocorrerão em menor ou maior grau, mesmo com episiotomia; há tendência em não esperar a expulsão sem intervir, quer por ansiedade, excesso de zelo ou falta de paciência do profissional; a pressão sobre a cabeça do feto sempre existe no parto vaginal, em certo grau e por determinado tempo; a hipóxia que a compressão acarreta deve ser monitorizada para determinar-se o bem-estar fetal.

Considerando-se cada item em particular ou em conjunto percebe-se que, por definição, a episiotomia sempre será indicada.

O Ministério da Saúde (Brasil, 1991b, p. 30) indica a episiotomia nas seguintes situações: "parto de feto prematuro; períneo com reduzida elasticidade (avaliar em primigestas, múltiparas e especialmente quando existe história de hipoplasia genital); parto pélvico; parto múltiplo; parto com fórceps."

Carvalho (1990, p. 83) também salienta a importância de avaliar-se a necessidade da episiotomia quando a apresentação estiver distendendo o períneo e indica nos casos de "*feto prematuro, apresentação pélvica, períneo com pouca elasticidade, parto a fórceps, feto macrossômico.*" Verifica-se, nas duas últimas indicações a relação de proporcionalidade do feto com o períneo e não com a pélvis. Quando a avaliação é de desproporção céfalo-pélvicas há indicação de nascimento através da cesariana.

Porém surge uma dúvida sobre o último critério - "*períneo com pouca elasticidade*": quais são os indicadores determinantes da elasticidade do períneo? Observa-se que quase todas as primíparas são submetidas á episiotomia e, considerando-se que os tecidos cicatriciais diminuem a elasticidade do local, em consequência, todas as parturientes deverão receber episiotomia nos partos subseqüentes.

Goodrich, já em 1957, diz que a episiotomia somente poderá ser definida na segunda fase do trabalho de parto e dá diversas informações tranquilizadoras quando o procedimento é inevitável: "*indolor em sua realização, reparo rápido, incômodo dos pontos por um ou dois dias e dor de baixa intensidade, sem alterações em sua resposta às relações sexuais, não mutiladora*" (Goodrich, 1957, p. 195).

Maldonado et al. (1985, p. 45-50) afirma que a vagina é suficientemente elástica

para dar passagem ao bebê e voltar ao lugar pouco tempo depois do parto, sem alterar suas dimensões nem reduzir a capacidade de sentir ou proporcionar prazer sexual: “os hormônios e as condições metabólicas da gravidez tornam todos os órgãos genitais elásticos. O que seria absurdo numa mulher não grávida torna-se agora factível”.

Videla (1973, p. 155) relata, em sua pesquisa, que todas as puerperas de parto vaginal hospitalizadas, sem exceção, manifestam que a única situação que diminui o prazer do nascimento é a episiotomia e, três meses após, muitas relatam baixo interesse sexual devido, principalmente, à fadiga e a dor ao coito em consequência da episiotomia. Beischer (1967)⁹ constata que 39% de sua amostra de mulheres pesquisadas submetidas à episiotomia sofrem dor no relacionamento sexual durante os três primeiros meses após o parto e para 23%, a dor persiste por períodos de tempo mais longos. Nesta amostra, 50% dos resultados anatômicos são considerados pouco satisfatórios.

Para Langer (1964)¹⁰ a episiotomia rotineira é uma barbaridade e do ponto de vista médico, totalmente injustificada. Além disto, as cicatrizes que resultam tornam o canal de parto menos elástico para futuros nascimentos. Portanto, a rotina e a atuação da enfermeira quanto à episiotomia devem ser avaliadas, pois existem indicações precisas para o procedimento descritas em qualquer livro de obstetrícia. A medida é puramente profilática e devem ser pensadas outras maneiras para evitar lacerações da mesma forma à exemplo da diversidade de condutas disponíveis e utilizadas para diminuir a dor no trabalho de parto.

Deste modo, urge informar as mulheres sobre maneiras preventivas deste procedimento, tanto quanto os profissionais que, muitas vezes, reproduzem ações consideradas corretas sem questioná-las.

⁹ BEISCHER, N.A. The anatomical and functional results of mediolateral episiotomy. Medical Journal of Australia. v. 2, n. 189. 1967. Apud walters, 1981, p. 16.

¹⁰ LANGER, Marie. **Maternidade e Sexo**. Buenos Aires, Paidós, 1964. Apud Videla, 1973, p. 152.

Kergoat (1995)¹¹ afirma: "o que é percebido como natural por uma sociedade, o é porque a codificação social é tão forte, tão interiorizada pelos atores, que ela se torna invisível: o cultural se torna evidência, o cultural se transmuta em natural".

E Xavier et al. (1986)¹² conclui:

"Entre o séc. XIX e XX, configurou-se o ordenamento de um sistema médico de saber e poder, e o corpo das mulheres, lugar da função reprodutiva, tornou-se objeto de controle rigoroso pelas práticas médicas. Desse modo, o estímulo à alienação e ao desconhecimento do corpo feminino foi um dispositivo de controle importantíssimo utilizado pela sociedade capitalista através de seus especialistas - os médicos que monopolizavam o saber e ditavam as normas."

Nogueira (1994, p.38), vai além:

"Os serviços de saúde continuam reproduzindo esse controle sobre o corpo das mulheres através de suas práticas que desestimulam a consciência corporal. A ausência de atividades educativas, a realização de procedimentos e intervenções sem consulta às usuárias e até mesmo a revelia destas, são fatos cotidianamente repetidos."

Embasando-se nos autores aqui citados e na experiência profissional, considera-se a episiotomia praticada por rotina ou para que os estudantes possam praticar e receber suas notas, além de desnecessária, um ato de violência. Violência, segundo Minayo (1990)¹³, difícil de definir "porque não há como substantivá-la; a violência é produzida através das relações sociais, podendo materializar-se em atos, palavras, costumes ou práticas institucionalizadas ou difusas".

¹¹KERGOAT, D. **Da divisão do trabalho entre os sexos**. Paris, Gedist (Texto apresentado no "Seminário Tecnologias, Processos de Trabalho e Políticas de Emprego"). São Paulo, Curso de Pós Graduação em Sociologia, USP, 1987. Apud LOPES et al. . 1995, p. 57.

¹²XAVIER, D. et al.. **Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral**. Recife, PE, mimeogr. 1986. Apud Nogueira, 1994, p.38.

¹³MINAYO, M.C. **A interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido**. Palestra proferida no I Seminário de Estudos do PARES-ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro. 1990. Apud Nogueira, 1994, p.35.

Nogueira (1994, p. 35-39) afirma que há dois tipos de violência institucional: por omissão e por comissão.

*“Violência institucional por **omissão** é a negação total ou parcial de ações médico-sanitárias, bem como debilidade institucional observada através da desnormalização, do descaso, da negligência e até mesmo, num grau máximo de omissão, da inexistência de serviços de saúde. A violência institucional por **comissão** compreende a violência técnica inerente à teoria e a prática dentro dos serviços de saúde. Trata-se da violência embutida nas práticas de saúde, nos procedimentos indesejáveis e/ou desnecessários e a conseqüente repercussão sobre a saúde e a vida da população usuária.”*

Rosaldo e Lamphere (1979, p. 26) afirmam que

“A maioria das descrições dos processos sociais tratam a mulher como um ser teoricamente desinteressante, porque em todo lugar o homem tende a obter mais prestígio do que a mulher e porque ele, usualmente, é vinculado a papéis sociais de domínio e autoridade. A mulher que exerce o poder é vista como desviada, manipuladora ou, na melhor das hipóteses, uma exceção.”

Maldonado e Canella (1988, p. 173) afirmam que o médico tem o poder de influir de forma determinante no tipo de parto *“não só do ponto de vista técnico mas também ideológico.”*

Para King (1981) cada ser humano percebe o mundo como uma pessoa total ao realizar transações com indivíduos e coisas no ambiente. As transações representam uma situação de vida na qual aquele que percebe e a coisa percebida se encontram, e cada pessoa entra na situação como um participante ativo, modificando-se no processo dessas experiências. Para a autora, perceber é a maneira pessoal com que cada pessoa representa a realidade; é o mundo de experiências de cada um e para Geoge (1993, p.184), *“constitui a base para a coleta e interpretação de dados”* e, desta forma, a base para a avaliação.

A comunicação é necessária para verificar a precisão das percepções e, no entender de George (1993, p. 180) *“é um processo através do qual é dada informação de uma pessoa para outra, diretamente, em encontros face a face ou indiretamente,*

através do telefone, da televisão ou da palavra escrita.”

O processo de comunicação, para Faria (1995), é um dos instrumentos fundamentais para a transformação dos serviços de saúde vislumbrando, neste processo, uma nova prática e postura profissional nas relações da enfermagem com os sujeitos.

A autora do presente estudo sente-se privilegiada por poder discorrer sobre um assunto que abrange a mulher e suas relações consigo mesma, enquanto profissional enfermeira ou com outras mulheres candidatas à episiotomia ou portadoras da incisão ou com o profissional médico(a). Assim, ousa pensar não ser a mulher descrita por Tagore em seu poema citado a seguir mas, quem sabe, a mulher que busca o conhecimento de seus segredos...

“Eu era apenas uma das muitas mulheres ocupadas com as obscuras tarefas do lar. Por que me escolheste e me tiraste da fresca sombra da vida comum?”

... As outras mulheres continuam as mesmas, ninguém as olhou no mais íntimo, e nem elas conhecem o seu próprio segredo. Elas sorriem e choram, falam e trabalham, e todos os dias vão ao templo, acendem suas lamparinas e vão buscar água no rio...” (Tagore, 1991, p.56).

5 O MÉTODO DE PESQUISA

Uma vez delineado o caminho do pensamento deste estudo, apresenta-se, aqui, o plano geral para obter-se respostas às indagações e à prática da realidade que se pretende estudar.

Minayo (1993, p.22) entende por metodologia "*o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade*". Entretanto, para Lenin (1965)¹⁴ o método "*não é a forma exterior, é a alma do conteúdo porque ele faz relação entre o pensamento e a existência e vice-versa*".

5.1 Opção da abordagem da pesquisa

Por ser a pesquisa qualitativa a mais propícia a responder questões com um nível de realidade que não pode ser quantificado e que responde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, opta-se por esta abordagem. Dentro das possibilidades que a pesquisa qualitativa oferece, realiza-se um estudo de campo.

5.2 Delineamento das etapas da pesquisa

O presente estudo se desenvolve em três etapas distintas.

Primeira etapa: **Projeto Assistencial**

¹⁴ LENIN, W. *Casiers Philosophiques*. Paris. Éd. Sociales. 1965. Apud Minayo, 1993, p.22.

Inicia com um plano incipiente, a partir de questionamentos pessoais sobre a prática da episiotomia e delinea-se mais claramente à proporção que os estudos sobre o tema se desenvolvem.

O problema do estudo facilita a discussão informal com vários grupos de enfermeiras, sobre as questões mais inquietantes e ocorrem sob enfoques variados, em sua maior parte nas disciplinas do curso de mestrado.

As possibilidades de abordagem do problema tornam-se mais evidentes ao assistir a puérpera durante a disciplina de Prática Assistencial de Enfermagem e elaborar o relatório desta prática, intitulado "Informação sobre episiotomia: uma contribuição para a assistência de enfermagem baseada em pressupostos de Imogene King".

Esta primeira etapa assistencial transcorre no período de agosto-setembro de 1996 na UIO-HCPA e consta de uma pesquisa de campo. Os instrumentos de coleta de informações são a observação participante, anotações de campo e entrevistas individuais junto a nove puérperas.

Para a execução do projeto citado, obtém-se anuência da Comissão Científica do HCPA (Anexo A), o apoio das enfermeiras da UIO e a colaboração direta das puérperas, via entrevistas.

A fase preliminar do trabalho assume grande importância para as etapas subseqüentes, possibilitando:

a) fluir uma rede de informações e relações com pessoas e assuntos importantes para a execução do estudo de dissertação;

b) o relato das experiências pessoais - não são apenas a imagem do que penso mas também, o reflexo das insatisfações relatadas por puérperas, maridos e enfermeiras;

c) subsidiar, através das informações e resultados das entrevistas com as puérperas a elaboração dos roteiros de entrevistas com os profissionais.

Segunda etapa: **entrevistas individuais**

Realizam-se as entrevistas com quatro enfermeiras e um médico, todos obstetras, que atuam no ambulatório do HCPA - Zona 6. Todas as enfermeiras do quadro do HCPA, em número de três, realizam consultas de enfermagem, palestras e cursos de preparação ao parto. As entrevistas ocorrem no período de maio a julho de 1997.

Terceira etapa: **discussão em grupo**

Os achados decorrentes das entrevistas e observações das duas primeiras etapas são avaliados em discussão com grupo de enfermeiras e médico, no mês de novembro de 1997.

Assim, este estudo abarca tanto a cliente que "sofre" a episiotomia quanto a enfermeira e o médico que assistem a cliente.

5.3 Identificação dos sujeitos da pesquisa

A pesquisa qualitativa não se baseia em critérios numéricos para garantir sua representatividade, porquanto procura-se identificar "*quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado*" (Minayo, 1996, p.43).

Desse modo, participam do estudo, puérperas (usuárias), enfermeiras e médico (prestadores de serviços).

A fim de preservar a identidade dos respondentes foram-lhes atribuídos nomes fictícios.

O critério para a inclusão das nove puérperas no estudo é realização de pré-natal ou participação em curso/palestra de preparação ao parto e partos com episiotomia no HCPA.

As quatro enfermeiras que assistem a mulher no período grávido-puerperal, através de consultas e cursos de preparação ao parto, representam a totalidade de enfermeiras que assistem a mulher nestas modalidades: três fazem parte do quadro de

pessoal do HCPA e uma é docente da EEUFRGS.

No projeto inicial não está previsto a inclusão do médico, porém no decorrer do estudo o profissional surge como sujeito de relevância, pois é citado por todas as entrevistadas como incentivador e realizador de partos naturais, além de fazer parte do mesmo espaço de trabalho no HCPA e ser docente da Faculdade de Medicina da UFRGS.

Ressalta-se que as unidades de registro advindas das falas do médico foram incluídas no trabalho a fim de melhor ilustrar a preocupação e o cuidado possível na questão do parto natural, porém, pelo fato de não possuir pares no estudo e, posicionar-se claramente a favor do parto sem episiotomia quando da avaliação favorável a tal conduta, optou-se por não considerá-lo um dos sujeitos da pesquisa.

Para Lévy Strauss (1975, p. 215)¹⁵, "*numa ciência onde o observador é da mesma natureza que o objeto, o observador é, ele mesmo, uma parte de sua observação.*"

Assim, além das entrevistadas, a autora desta dissertação de mestrado integra-se à população em estudo, pois sofre as influências das alterações provocadas pelas ações e reflexões inerentes à pesquisa as quais geram novas compreensões dos resultados.

5.4 Os instrumentos da pesquisa

Para a coleta de informações no trabalho de campo são utilizados os seguintes técnicas: entrevista com roteiro, observação participante e discussão de grupo.

Para Polit e Hungler (1995, p.166), quando se quer reunir informações através da interrogação direta das experiências de pessoas, pode-se utilizar um conjunto de perguntas que tem um assunto como guia (guia de tópicos) com foco temático. E, segundo Minayo (1993, p. 99), "*o guia de tópicos é o roteiro de entrevista que visa orientar uma conversa com finalidade*".

¹⁵ LÉVI-STRAUSS, C. "Aula inaugural". In: **Desvendando máscaras sociais**. Ed. Francisco Alves, Rio de Janeiro, 1975, p.215. Apud MINAYO, 1993, p. 21.

Neste estudo, utilizam-se três *roteiros de entrevistas*: com as puérperas, cujo foco temático é a busca das percepções e informações que têm sobre a episiotomia (Anexo C), com enfermeiras e com o médico (Anexos D e E), cujo foco temático é a busca de sua percepção em relação às informações e procedimentos que utilizam no parto, em especial a episiotomia.

Durante a coleta de informações, confere-se privacidade aos respondentes para que os depoimentos não sofram interrupções externas. No caso das puérperas, as enfermeiras do posto de enfermagem, facilitam a não interrupção do encontro por outros profissionais e, se nesses momentos, as puérperas necessitam de algum tipo de cuidado, a própria pesquisadora encarrega-se de prestá-lo.

As entrevistas com enfermeiras e médico são realizadas fora das unidades de trabalho e durante a jornada habitual.

Para garantir a maior fidedignidade das informações narradas, as entrevistas são gravadas em fita magnética, transcritas e registradas imediatamente, com o auxílio de um computador.

Com semelhante intento, as informações, tanto na fase da coleta, quanto durante a análise são negociadas com os respondentes a fim de garantir-lhes o entendimento (Lincoln e Guba, 1985).

Também solicita-se o "Termo de Consentimento Pós-Informação" (Anexo B), por escrito, aos profissionais, antes das coletas dos dados e, às puérperas, são fornecidas informações e solicitado seu consentimento em termos semelhantes ao Anexo B, porém verbalmente.

A *observação participante* limita-se a captar momentos ligados ao tema, ao emergirem de forma direta ou evidente, considerando-se as questões descritas na problemática do estudo.

Concorda-se com Polit e Hungler (1995, p.179) quando afirmam:

"Na observação participativa, o pesquisador participa do

funcionamento do grupo ou instituição investigada, mantendo um alto grau de contato e envolvimento com os sujeitos da pesquisa, compartilhando suas experiências. A identidade do pesquisador e os objetivos do estudo são revelados desde o início. Este tipo de observação representa, tanto uma fonte de dados quanto uma base para a compreensão dos mesmos”.

Ludke e André (1986) consideram tanto a entrevista quanto a observação instrumentos básicos para a coleta de dados na pesquisa qualitativa.

Estas observações são registradas na forma de anotações de campo a cada encontro ou momento em que conversas informais, comportamentos, gestos, expressões e outros dados que digam respeito ao tema da pesquisa ocorrem e, assim, mesmo não fazendo parte das entrevistas, possam ser incluídos no relatório final.

Para Polit e Hungler (1995 p. 179) *"diário é o registro cotidiano de eventos e conversas ocorridas; **anotações em campo** podem incluir um diário, embora tendam a ser mais abrangentes, analíticas e interpretativas do que uma simples numeração de ocorrências”.*

Ao final do trabalho promove-se a reunião do grupo de profissionais entrevistado. Por motivos de férias de uma e afastamento para tratamento de saúde de outras duas, não ocorre a presença de todos, porém, fazem parte da reunião, além de dois entrevistados, uma enfermeira da UIO, uma enfermeira da UCO e a orientadora do estudo que atuou como observadora. São apresentados, então, os resultados das entrevistas e observações, cujos itens são avalizados na discussão.

Minayo (1993, p. 129) preconiza, para esta técnica de coleta de informações, um número pequeno de informantes (seis a doze) e Schrimshaw¹⁶ aconselha um tempo de duração compreendido entre 1h a 1h30min. Acrescenta que é uma técnica de inegável importância para o tratamento de questões relacionadas à saúde sob o ângulo do social, pois se presta aos estudos de representações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população.

¹⁶ SCHRIMSHAW, S. *Anthropological Approaches for Programme improvement*. Los Angeles: University of California. 1987. Apud MINAYO, 1993, p.129.

O tema que a autora propôs-se estudar assume dimensões maiores e mais abrangentes do que as propostas inicialmente. No entanto, não houve necessidade de mais de uma reunião com os profissionais envolvidos para "*complementar informações sobre conhecimentos peculiares a um grupo em relação à crenças, atitudes e percepções*" além de "*esclarecimentos dos valores e opiniões surgidos das entrevistas*" (Minayo 1993, p. 129).

Geralmente, nas discussões em grupo, há a presença de um animador, conforme Schrimshaw,¹⁷ com a função de: introduzir a discussão e mantê-la acesa; enfatizar que não há respostas certas ou erradas; observar os participantes e encorajar a palavra de cada um; buscar as "deixas" de continuidade da própria discussão e fala dos participantes; construir relações com os informantes para que as aprofundem, individualmente; obter respostas e comentários considerados relevantes pelo grupo ou pelo pesquisador; observar as comunicações não verbais e o ritmo próprio dos participantes dentro do tempo previsto para o debate. No presente estudo, a pesquisadora é a animadora nas discussões em grupo.

5.5 Procedimentos de análise das informações

A análise das entrevistas ocorre a partir da descrição dos discursos originários das experiências vividas pelas respondentes e interpretadas à luz do referencial teórico-prático construído, ou seja, busca-se compreender a realidade das puérperas e a percepção das enfermeiras quanto à problemática levantada.

Como suporte metodológico para a análise, utiliza-se o referencial de Minayo (1993) que propõe os seguintes passos para a operacionalização:

- Ordenação dos dados - engloba tanto as entrevistas quanto o conjunto do material de observação e de documentos referentes ao tema.

¹⁷Op. cit., Apud MINAYO. 1993, p.130

Esta etapa inclui a transcrição de fitas magnéticas, releitura do material, organização dos relatos e dos dados de observação em determinada ordem, de acordo com a proposta de análise.

- A classificação dos dados - fruto de uma relação entre as questões teoricamente elaboradas e dirigidas ao campo, em processo inconcluso de perguntas suscitadas pelo quadro empírico às referências teóricas do investigador.

O momento classificatório é feito em duas etapas principais:

- Leitura exaustiva e repetida dos textos, prolongando a relação interrogativa, apreendendo as idéias centrais que os respondentes tentam transmitir sobre o tema proposto.

- Constituição de um ou vários "corpus" de comunicação, pois o conjunto de informações não é homogêneo; por tratar-se de entrevistas com puérperas, enfermeiras, médico e discussão em grupo, constituem-se, assim, conjuntos diferentes com representações e informações específicas.

Após estas etapas, as entrevistas e reuniões são destacadas em *unidades de registro*, referenciadas por *tópicos* de informação.

Assim classificados, os temas mais relevantes são selecionados, e não raro, refaz-se o movimento classificatório em torno das categorias centrais visualizadas neste momento, previsto na metodologia.

A análise final ocorre quando as duas etapas voltam-se para a problemática do estudo: ponto de partida e de chegada.

A análise das entrevistas e das observações não significa, portanto, a exclusão de pensamentos da pesquisadora e nem a partida do ponto zero pois, ao interrogar o fenômeno é dirigida por uma experiência de vida. Portanto a pesquisadora busca o significado evidenciado e o detecta nos discursos dos sujeitos da pesquisa.

O conjunto do material de análise passa pela **análise do discurso** com o objetivo

básico de gerar reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação do texto produzido, procurando compreender seus sentidos (Minayo, 1993, p. 211) e desvendar os mecanismos de dominação que se escondem sob a linguagem (Orlandi, 1987, p. 11-13)¹⁸.

Os pressupostos básicos da **análise do discurso** segundo Pêcheux,¹⁹ indicam que

“O sentido de uma palavra, de uma expressão ou de uma proposição não existe em si mesmo, mas expressa posições ideológicas em jogo no processo sócio-histórico no qual as palavras, as expressões e proposições são produzidas; toda formação discursiva dissimula (pela transparência que nela se constitui) sua dependência das formações ideológicas”.

Orlandi (1987)²⁰ define a análise do discurso como proposta crítica que busca problematizar as formas de reflexão estabelecidas através das evidências expressas pela linguagem (palavra, gestos e silêncio), explicando seu caráter ideológico e revelando que não há discurso sem sujeito e nem sujeito sem ideologia.

A incorporação das condições de produção do texto são importantes para sua compreensão e são destacados alguns conceitos relevantes para o trato com o material a ser analisado.

Texto é a unidade de análise repleto de significações. O discurso restringe-se à linguagem proveniente das informações coletadas. “O *texto* é o *discurso acabado para fins de análise*” (Minayo, 1993, p. 213). É completo. É dele que partem os possíveis recortes. Na sua análise surgem inúmeras possibilidades interpretativas.

¹⁸ ORLANDI, E. P. *A Linguagem e seu funcionamento*. As formas do discurso. Campinas: Pontes, 1987. Apud Minayo, 1993, p. 212.

¹⁹ PÊCHEUX, M. *Analyse Automatique du Discours*. Paris: Dunod, 1969. Apud Minayo, 1993, p. 211.

²⁰ Op. cit. Apud Minayo, 1993, p. 215

Leitura e silêncio nos textos são possibilidades evidenciadas à medida que parafraseamos os autores das falas, interpretamos seu texto ou seu silêncio. Tanto quanto a palavra o silêncio possui suas condições de produção, podendo ser eloqüente ou ambíguo e ambos expressam relações e "*revelam as pessoas que os empregam*" (Orlandi, 1987)²¹.

²¹ Op. cit p. 44, p 215.

6 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

6.1 Aspectos prévios à entrada em campo

É sempre difícil começar. Tanto a primeira quanto a segunda etapa do estudo sofrem algumas modificações, e algumas colegas expressam, ao final da apresentação do projeto relativo à prática assistencial, seus temores em relação ao tema proposto.

"Não podes esquecer que os médicos são donos das pinças: eles se agarram e morrem abraçados com elas."

"Tens que ver se é o momento de morreres por um ideal, de desfraldar esta bandeira sozinha."

Comentam a persistência da pesquisadora em relação ao assunto. Algumas aplaudem e a incentivam dizendo que a Enfermagem não pode calar-se diante dos usos e abusos da Medicina no corpo feminino. Outras, simplesmente, calam.

A pesquisadora não desiste: reformula. Acrescenta ao projeto o objetivo necessário para aplicá-lo à prática assistencial modifica parte da metodologia proposta inicialmente, entrega-o ao grupo de pesquisa e pós-graduação do HCPA e consegue a autorização "Ad Referendum" para, então, iniciar o preparo de campo e realizar as entrevistas com as puérperas, até a avaliação do projeto em reunião da equipe avaliadora.

Entrega-o, também, ao grupo de enfermagem do hospital para apreciar e autorizar o início dos trabalhos. Percebe receptividade e grande espírito de colaboração no setor, não havendo entraves burocráticos para o trabalho proposto.

Ao apresentar o projeto referente à segunda etapa do estudo à banca de qualificação, as sugestões são valorizadas, pois percebe que facilitam a realização do trabalho, o que não quer dizer que é fácil promover estas modificações no papel. A fórmula não é fornecida: não existe. É construída dia-a-dia, passo-a-passo.

E a pesquisadora vai a campo...

6.2 O dia-a-dia dos encontros

Nota: A fim de melhor expressar minha entrada em campo, usa-se a primeira pessoa do singular durante os relatos do item 6.2.

Inicialmente, apresenta-se os registros do diário de campo dos encontros e, a seguir, as descrições e interpretações das falas das mulheres.

Início no dia 8 de agosto de 1996. O dia está muito bonito: ensolarado e frio. Fico no saguão da UIO, localizado no 11º andar, ala sul, aguardando a estudante de enfermagem, bolsista do Núcleo de Pesquisa da Pós Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS/Desenvolvimento Humano: Saúde e Educação, que dispôs-se a me ajudar. Conheço-a e a empatia estabelece-se.

Exponho meu projeto à estudante e combinamos sua primeira atividade: localizar as puérperas submetidas a episiotomia e pré-natal no HCPA. Designamos, também, o lugar para as fichas de localização destas mulheres (Anexo F). No transcorrer do trabalho nos comunicamos através de bilhetes, escritos num bloquinho de notas que fica na pasta das fichas de localização.

No primeiro dia, reencontro pessoas conhecidas à época de meu trabalho no hospital. Outros reencontros ocorrem enquanto realizo minha prática assistencial e são leves, fáceis, amorosos, como se o lapso de seis anos não existisse.

Após estes encontros, a estagiária e eu nos dirigimos à UIO, e nos

apresentamos. Exponho os objetivos do trabalho e a metodologia proposta ao grupo atento das três enfermeiras da manhã, que questiona e coloca-se à disposição para ajudar, além de solicitar o retorno dos resultados obtidos.

Dia 9/8/96 - Realizo a mesma exposição para as duas enfermeiras da tarde.

A estagiária deixa, na pasta, a localização de duas puérperas para entrevista.

Dia 13/8/96 - Novo ânimo. Vou para o hospital à noite, próximo ao horário da passagem de plantão. Encontro colegas conversando. Acenam para que me aproxime. Dizem estar falando sobre episiotomia. Fico atenta. O primeiro parto de uma delas, realizado por médico particular, suprime a episiotomia. Seu filho nasce com 4300 g. Pensa em ter outro, e fala na possibilidade da episiotomia. Considera a experiência muito positiva e relata não ter tido qualquer problema na região perineal até o momento. Seu filho tem seis anos. Questiono-a, então, sobre a necessidade de mudar o tipo de parto visto a não ocorrência de danos e experiência positiva.

Encontro a enfermeira do noturno a quem exponho os motivos de minha presença. Ela expressa idéias interessantes: - *“as mulheres que não tem episiotomia sentem-se como se não tivessem ganho um benefício e dizem: - não deu tempo do doutor cortar - ou - num dos partos eu não tive...”*

Neste dia realizo duas entrevistas.

Dia 14/8/96 - Não termino de me apresentar à paciente, e ela me diz:

“Eu estava querendo que tu viesse. Sei quem tu és. Ouvi trechos da conversa entre ti e a mulher que estava internada no leito da outra ponta. Pouco antes de tu entrares eu estava conversando com meu marido sobre o que eu ouvi ontem” (Elisa).

Enquanto fala, alguns pensamentos perpassam minha mente: *“ela vai dizer que não tem interesse em participar do trabalho.”* Mas, à medida que ela vai expressando suas idéias iniciais, me surpreendo: ela queria saber mais!..

Dia 16/8/96- À tarde, ao chegar na UIO, encontro três enfermeiras, mais a irmã de uma delas, que não é enfermeira, conversando sobre episiotomia. Esta última

manifesta a vontade de, se possível, ter seu parto sem "o corte."

Realizo mais uma entrevista.

Noto o empenho das colegas para que a coleta de dados dê certo: prestam atenção às mulheres submetidas à episiotomia e pré-natal no HCPA; preocupam-se com a possível insuficiência do número de entrevistas para a realização do estudo; participam de minha apresentação e solicitação de autorização para a realização das entrevistas junto às mulheres.

Dia 17/8/96 - A estagiária seleciona duas puérperas, totalizando dez entrevistas.

Enquanto verifico algumas informações em prontuários, ouço uma das enfermeiras comentando que administraria sulfato de magnésio numa paciente. Pergunto: - *"ainda é utilizado o esquema de Pritchard?"* ela suspira, responde afirmativamente e pergunta sobre o trabalho elaborado sobre a administração deste medicamento. Comento sobre as dificuldades, a ida ao Departamento de Ciências Morfológicas para testagem do tamanho das agulhas, a resistência dos médicos em mudar, a persistência em manter um esquema de administração tão doloroso, tanto para quem recebe quanto para quem administra este medicamento, em detrimento de tantos outros esquemas existentes para a mesma finalidade. Outra enfermeira participa, relatando que na Santa Casa de Misericórdia as agulhas são menores. Ocorrem associações deste assunto com a episiotomia, procedimentos de rotina e as dificuldades em questionar este ato cirúrgico.

Dia 20/8/96 - Completo doze entrevistas. Por inexperiência com o uso do gravador, três não são registradas.

Sempre que há uma puérpera selecionada, compareço à UIO, verifico o prontuário correspondente e comunico à enfermeira responsável a próxima entrevista. Geralmente a enfermeira me acompanha até o leito da puérpera e participa da minha apresentação, permitindo-me expor os motivos de minha presença. Nenhuma puérpera nega-se ao trabalho proposto, mesmo informada sobre a possibilidade de recusa, notando-se curiosidade pela atividade e a

manutenção da qualidade da assistência prestadas caso a decisão seja negativa. O consentimento destas mulheres para a entrevista é verbal.

Os maridos de três mulheres mantêm-se presentes durante a entrevista de suas mulheres. Os diálogos são norteados conforme roteiro, mas surgem dúvidas sobre outros assuntos: amamentação, eliminações, direito a informações, uso de calor e frio em períneo e mamas, alterações fisiológicas na gestação. Esclareço as dúvidas e também presto cuidados solicitados ou percebidos: administração de analgésicos, aplicação de luz em mamas, auxílio para saída do leite, posicionamento do recém-nascido para amamentá-lo e tranquilizá-lo. Alguns maridos fazem questão de participar: depõem e esclarecem suas dúvidas. Estes cuidados são prestados sem qualquer prejuízo às informações coletadas, além de necessários e importantes para atingir plenamente os objetivos do trabalho.

Neste período contato com o computador: aprendo, me atrapalho com tantos comandos, mas me deleito com a escrita limpa, as possibilidades de correção rápida, as cópias imediatas...

7 FALANDO SOBRE EPISIOTOMIA COM AS PUÉRPERAS

"A moral de uma sociedade pode ser medida pela maneira pela qual ela trata seus mais vulneráveis membros" (Len Doyal)²².

Nesta parte da dissertação são apresentados os resultados da análise das informações obtidas da primeira etapa da pesquisa: entrevista com as puérperas. Têm a finalidade de responder as questões referentes às informações fornecidas às gestantes durante o pré-natal, sobre o direito de escolha para a realização da episiotomia e sobre sua percepção em relação ao procedimento.

Dos sentimentos, percepções e informações emergentes das falas, surgem temas que vão além dos questionamentos formulados inicialmente. O assunto envolve os direitos das mulheres, pois a episiotomia de rotina atinge diretamente seus corpos enquanto lhes são negadas ou transmitidas informações através do silêncio perpetuador desta prática; seus direitos enquanto cidadãs são afetados pois permanecem sem consciência dos danos que estão sujeitas e seus filhos não estão vindo ao mundo em condições tão normais quanto poderiam, caso a sociedade, como um todo, estivesse melhor informada e preparada para recebê-los. Na ocorrência de complicações, o físico afetado, modifica as emoções. As emoções alteradas atingem criança e família. A comunidade permanece silente.

Analisando-se as unidades de significado da falas das puérperas entrevistadas e de alguns de seus maridos sobre o tema episiotomia, emergem

²²Professor de Ética Médica. Escola do Hospital de Londres. Hospital Universitário St. Bartholome W. Universidade de Londres. Apud Saupe, 1995, p. 8.

categorias que em síntese são: **surpresa e desconhecimento, vivências e comparações, informações e percepções, questionamentos.**

7.1 Surpresa e desconhecimento

Um dos aspectos que chama atenção nas falas das puérperas é a *surpresa e o desconhecimento* pela possibilidade de um parto sem episiotomia. Esta surpresa também atinge a pesquisadora, visto que, para algumas mulheres, não é possível o nascimento sem algum tipo de incisão. Da mesma forma, há um estranhamento pelo fato de ocorrer a episiotomia em parto normal. Tanto numa quanto noutra situação, a episiotomia não é assunto costumeiro entre elas, pois o desconhecem como ato de rotina.

“Sem cortar, nasce?” (Gessi)

Aperceber-se de ter recebido um corte somente após sua realização, sem aviso ou orientação prévia provocam perplexidade tanto nas puérperas quanto em seus maridos:

“Eu não sabia que iriam cortar. Quando eu soube já estava cortado” (Zilá).

A partir destas falas, estabelece-se o diálogo. As mulheres e alguns de seus maridos, que a princípio não questionam, passam a fazê-lo: começam a perceber outra alternativa para o parto vaginal. À medida que expressam sua curiosidade, são fornecidas informações para orientá-los quanto às possibilidades de parto sem episiotomia, com episiotomia, complicações decorrentes e diálogo para esclarecimentos.

Desde então, ocorrem *transações*²³ entre a pesquisadora e os entrevistados,

²³Para King, (1981), transação é o comportamento observável do ser humano em interação com seu ambiente. Representa o componente de avaliação da interação humana, envolvendo trocas sociais. Os objetivos da assistência são alcançados se ocorrem transações, isto é, trocas de experiências, de expectativas e de informações, estabelecimento de objetivos conjuntamente, proporcionando crescimento e desenvolvimento tanto para clientes quanto para profissionais. Neste processo, é indispensável que cliente e enfermeira(o) se percebam mutuamente, acarretando, assim, a interação, a transação e o alcance dos objetivos.

e os questionamentos assumem outra ótica:

“Este corte não é necessário?” (Andréia).

“Este corte não prejudica a mãe ou o bebê num novo nascimento?” (marido de Andréia).

Os diálogos compreendem aspectos históricos do nascer, e a vontade de estender a entrevista e buscar novos esclarecimentos evidenciam-se:

“Este é um assunto bastante interessante e muito pouco divulgado, né?” (Zilá)

“Nunca pensei em perguntar sobre a possibilidade de ter parto sem o corte” (Cátia).

A fala de um dos maridos, presente à entrevista, revela constrangimento por situação alheia à sua vontade: não conhece a possibilidade de parto sem episiotomia e refere não ter tido tempo para informar-se.

“Na verdade nem deu tempo da gente questionar porque ela chegou ganhando” (marido de Andréia).

O contato ingênuo com a situação e a falta de estranheza pelo fato de ter recebido um corte, torna este procedimento um acontecimento natural (Kergoat, 1995²⁴; Zuben, 1990²⁵) e, são expressos nas entrevistas antes da troca de idéias e das reflexões sobre o assunto.

“Nunca perguntei o motivo de ter corte, mas se todas recebem, acho que também devo receber” (Cátia).

“Nunca imaginei que teria um corte ao ter meu primeiro filho, agora com o segundo, não achava que o corte seria uma coisa natural” (Elisa).

A maioria das mulheres revela desconhecimento sobre a realização e as indicações da episiotomia:

²⁴ Kergoat, 1995, op. cit. p. 30.

²⁵ Zuben, 1990, op. cit. p. 26.

“Nunca recebi qualquer informação sobre a realização deste corte. Eu nem sabia que cortavam ali” (Gessi).

“Minha primeira filha eu tive com 15 anos e não me disseram que eu iria receber o corte. Nem sei quantos pontos eu levei” (Ivone).

De acordo com as mulheres que recebem informações sobre indicação de episiotomia, estas são sucintas. É importante lembrar que mesmo sendo considerado um acontecimento normal, o parto provoca ansiedades e temores tanto no que diz respeito a saúde da mãe quanto do recém-nascido. Quando é acenada a possibilidade de diminuição destes sentimentos fica difícil a contra argumentação; é mais fácil aceitar o procedimento.

As falas seguintes mostram que o julgamento das usuárias é feito de acordo com a informação recebida. As afirmativas errôneas ou inadequadas, elaboradas a partir da informação, indicam falha na informação propriamente dita ou na transmissão da mesma.

“Me informaram que é pra não deixar a bexiga caída, pra facilitar o nascimento. Me disseram que é mais fácil o parto com pontos” (Anita).

“Este corte está me incomodando. Se eu pudesse não ter... mas acho que precisava sim, porque o bebê estava estrangulado pelo umbigo..., 2 voltas” (Camila).

Pela experiência-surpresa recém vivenciada, algumas mulheres deduzem a episiorrafia:

“Eu sabia que iria receber pontos porque tinham me cortado bastante” (Zilá).

Nota-se, pelas falas, que a possibilidade de complicações provoca, nas entrevistadas, a surpresa e a necessidade de informação sobre o assunto:

“Não fui avisada sobre a possibilidade de alguma complicação. Tem perigo de infecção?” (Zilá)

“Nunca ouvi falar que poderia dar infecção. Dá?” (Ivone)

Uma das puérperas entrevistadas, tem seu filho anterior através de cesárea. Para outras quatro puérperas entrevistadas, é a primeira experiência como mães. As demais têm partos vaginais prévios, porém, a nenhuma mulher é apresentada a possibilidade de parto sem episiotomia. Além do espanto de algumas ao receber a incisão e pelas possibilidades de complicações, surpreendem-se, também, pela possibilidade do parto sem episiotomia.

“Nunca tive informação de que meu parto poderia ser com ou sem pontos!”
(Zilá)

“Uns dizem que tu vai fazer cesárea. Outros dizem que tu vai ganhar normal mas nenhum fala que posso ganhar sem pontos” (Gessi).

A episiotomia está tão introjetada no cotidiano do atendimento obstétrico do HCPA que em seu livro de rotinas (Freitas et al., 1990), não há alusão, sequer, às suas indicações. Na descrição do atendimento ao parto normal é considerada rotina, e na seqüência de procedimentos alusivos ao parto, há a seguinte recomendação:

“...antes da realização da episiotomia é feita anestesia local através de bloqueio do nervo pudendo bilateral quando a apresentação ainda estiver alta; e quando estiver coroando, faz-se anestesia do local da episiotomia e, se possível, bloqueio pudendo (Freitas et al., 1990, p.20).

Já, em edição recente (Freitas et al., 1997, p.154), há referência de “provável episiotomia”. Porém, os próprios autores ressaltam que, apesar de suas indicações serem restritas, a episiotomia é utilizada em 86,7% dos partos atendidos no HCPA, contra 7% registrados na Holanda em 1991.

7.2 Vivências e comparações

Outros aspectos que chamam a atenção são as *vivências* emergentes nos diálogos e *comparações* com mulheres de décadas próximas e da atual, cuja principal diferença relacionada ao parto é a realização da episiotomia.

As *comparações* decorrem, em geral, das reflexões das mulheres e maridos. Afirmativas, como a do marido de Andréia, expressam coerência e sensibilidade para com o que é esperado nos partos ditos normais.

“Na verdade isto até poderia ser considerado um parto normal mas não é. Pra ser um parto normal tem que ser natural” (Marido de Andréia).

Ao relatar-se o parto sem episiotomia no passado, algumas mulheres contribuem com exemplos:

“Conheço mulheres mais antigas que tiveram parto sem corte algum. Nascia bem natural mesmo! Mas mulheres mais jovens com partos mais modernos, não. Até gostaria de saber porque que antigamente não era preciso tantos pontos. Não sei se é porque são mais rápidos os partos e antigamente eles não tinham tanta pressa....” (Zilá).

Também há relatos de mulheres comentando a experiência de partos sem episiotomia.

“Eu conheço outras mulheres que não tiveram os pontos e elas ficaram apavoradas com os pontos que eu levei deste último. Elas acham melhor sem pontos porque cicatriza automático ali e fica com dor nenhuma. É uma coisa a menos...” (Anita).

Outra entrevistada traça um paralelo entre o físico materno e o tamanho do bebê apontando a não necessidade da episiotomia rotineira, além da afirmativa de que para não receber episiotomia é necessário chegar ao hospital no final do período expulsivo.

“Eu tenho uma vizinha que tem quatro filhos. Três deles nasceram sem pontos e ela é bem magrinha e tem filhos enormes. Ela vai pro hospital quando já tá ganhando” (Gessi).

Camila traz sua experiência recente e acidental, confirmando a fala de Gessi.

“Eu vi uma mulher ganhando na cama do centro obstétrico sem corte, enquanto estavam me fazendo exame. Não conheço outra” (Camila).

Outras mulheres resgatam de suas memórias a vivência do parto de alguém

sem episiotomia, demonstrando estranheza pelo fato de que no espaço entre uma e outra geração, ocorra tamanha mudança.

“Conheço, de ouvir falar, que algumas mulheres não receberam corte” (Ivone).

“É estranho porque a gente ouve falar de partos sem pontos de pessoas mais antigas. Eu nunca ouvi alguém da minha geração não levar pelo menos um ponto. Nem sei se isto acontece “ (Zilá).

“Minha mãe me ganhou em casa com parteira” (Anita).

Ao comentar-se sobre o posicionamento da mulher para o parto, a inexistência de episiotomias em mulheres durante milhares de anos e a conduta de alguns profissionais em retomar ações que tornam o parto vaginal mais natural, as entrevistadas fazem reflexões:

“Se eu não tivesse tido pontos seria muito melhor pra ir pra casa” (Gessi).

“Deve ser melhor sem o corte” (Andréia).

O desejo de manter a integridade física ao máximo, impedindo a realização da episiotomia é expresso em brincadeiras pelas mães com suas filhas grávidas, deixando para o atendimento hospitalar os procedimentos com o recém-nascido.

“A minha mãe mexeu comigo dizendo que eu ia ganhar em casa e não levar o corte, e iria ao hospital só pra cortar o umbigo” (Camila).

Nota-se que a maioria das mulheres informa-se através de livros, revistas, conversas com amigos e conhecidos em busca de situações idênticas às suas com o objetivo de enfrentar melhor o medo do desconhecido e as situações reais que lhe serão apresentadas. Maldonado e Canella (1988, p.109) salientam, porém, que *“sempre há diferença entre saber e passar concretamente pela experiência, sobretudo porque a vivência real é algo pessoal e subjetivo.”*

Uma das puérperas, sabedora da possibilidade de parto sem episiotomia do tipo de cócoras, lamenta a inexistência desta prática no Rio Grande do Sul.

“Este parto eu queria fazer de cócoras mas aqui no Rio Grande do Sul não tem ainda, só em Santa Catarina. Eu cheguei a falar com eles por telefone. Uma outra amiga minha foi para o Rio de Janeiro. Diz que foi uma maravilha” (Anita).

Percebe-se, através deste relato, a importância e a necessidade de formas alternativas para o nascer, pois há gestantes que procuram alternativas fora de sua cidade ou Estado, para um parto mais natural e com menos danos, deixando de lado, inclusive, o convívio e a possibilidade de auxílio de amigos e familiares.

A intensidade da dor na região suturada é relacionada à episiotomia ou comparada à laceração:

“Achei horrível. É muito dolorido e grande. Eles começaram a cortar e não paravam mais. É muito grande o corte. Agora também está muito dolorido” (Andréia).

“No segundo parto não houve epísis e sim sutura de laceração. Lembro que estes pontos não incomodaram tanto” (Cátia).

House (1981) afirma que raramente há rupturas futuras nos locais onde previamente houve dilaceramento perineal devido a parto. Considera a irrigação sangüínea nos bordos de uma laceração melhor do que no caso de uma episiotomia e atribui a isso o bom padrão cicatricial observado nas rupturas.

A facilidade do parto é relacionada a realização ou não de episiotomia e da quantidade de pontos. Anita tem quatro filhos do sexo masculino mas, após a experiência do atual nascimento, diz arrepiar-se quando pensa “*em tentar a guriazinha*”. Relata o primeiro parto sem episiotomia. Nos três seguintes recebe cortes bem pequenos. O filho atual nasce com 2625 g e a episiotomia é ampla porque “*na ecografia estava no nascedouro, mas depois ele virou*”.

“...quando cheguei, ele só me olhou. Passei da maca pra mesa e no outro dia eu já estava caminhando. No parto seguinte eu tive dois ou três pontinhos. No penúltimo, quando vieram me trazer o bebê eu já tinha tomado banho e o meu café. Mas deste aqui...” (Anita).

As informações sobre episiotomia atêm-se às necessidades dos serviços,

levando à distorção das informações fornecidas. Assim, um parto sem episiotomia pode levar a mulher à crença de sofrer dor ou incômodo maior na região perineal ou percebê-la como perda de uma benesse do serviço.

Este tipo de informação provoca dúvidas em quem não experencia outro tipo de parto:

“**Não** sei se sem pontos seria melhor. Acho que iria incomodar mais depois. Doer mais” (Simone).

“**Não** recebi pontos no segundo parto porque **não** deu tempo. Acho que deveria ter recebido o corte” (Cátia).

Mulheres com outras experiências, têm opiniões mais seguras quanto ao tipo de parto desejado:

“**Não** pretendo ter outros filhos, mas seria bem bom a gente se livrar dos pontos. Deve ser bem menos doloroso depois... E o que mais incomodam são, exatamente, os pontos. Se não tivesse, beleza!” (Zilá)

“Eu prefiro parto sem pontos. No primeiro eu não levei corte nenhum. Foi barbada!” (Anita)

A episiotomia, muitas vezes, é entendida como recurso extremo para o nascimento em partos vaginais, sendo comparada, inclusive, à cesárea por via baixa. Anita, cujo primeiro parto foi sem episiotomia, o segundo e terceiro com episiotomias de "*poucos pontos*", conforme ela mesma, teve uma episiotomia ampla em seu quarto filho de 2 625g.

“Eu cheguei com 10 cm de dilatação só que ele tava sentado, e na hora, não sei se tá correto ou não, mas ela fez cesariana por baixo” (Anita).

Muitas mulheres optam pela cesárea, atualmente, para não passar pelo trabalho de parto e parto vaginal; quanto ao procedimento cirúrgico, este será realizado quer o nascimento seja via abdominal ou vaginal.

7.3 Informações recebidas pelas puérperas e suas percepções

Como fazer para que os indivíduos tomem decisões importantes, que influenciem suas vidas, sua saúde e até serviços comunitários se as informações fornecidas são insuficientes, inadequadas ou inexistentes?

Se "*percepção é a representação que cada pessoa faz da realidade*" (George, 1993), as informações prévias das mulheres e de seus maridos determinam uma percepção da realidade, tanto modificada quanto mantida durante a gestação. Porém, após as entrevistas, a percepção da realidade vivenciada sofre alterações que os próprios respondentes constatam.

As informações que as mulheres relatam ter recebido sobre o assunto em pauta, relacionam-se às informações gerais fornecidas durante a gestação, nas consultas do pré-natal e cursos de preparação ao parto. Os relatos revelam a rotina da episiotomia e os cuidados de higiene no local da incisão.

7.3.1 Durante a gestação e pré-natal

Todas as puérperas do estudo realizam, à época, pré-natal com médico. Três delas consultam e participam, inclusive, de curso de preparação ao parto com enfermeira do HCPA. As informações não ultrapassam patamares senão os da rotina do procedimento ou questionáveis, como: facilitar o período expulsivo e evitar retocele e cistocele.

Os cursos no HCPA são planejados com aulas didáticas. No primeiro encontro proporciona-se a verbalização das expectativas das usuárias. Nos demais, os assuntos versam sobre fecundação, desenvolvimento fetal, indo até o parto e cuidados com o recém-nascido. Maldonado e Canella (1988, p. 165) diferenciam o "clima" de aula que caracteriza os cursos de preparação ao parto do clima de "grupo" de orientação ao parto, dizendo que nos cursos, "*as informações geralmente contém detalhes supérfluos, não raro com muitos termos técnicos, de muito pouca aplicação prática. O clima de aula inibe a livre expressão do grupo*",

podendo esclarecer dúvidas, mas oferece pouco espaço para que as usuárias expressem e compartilhem vivências comuns.

Nas falas das mulheres constata-se o desconhecimento sobre a episiotomia e suas indicações e a falta de informação dos reais motivos para recebê-la, independente de suas participações nos cursos, grupos ou consultas de pré-natal.

“Cada aula era um assunto diferente. Na aula sobre parto ela mostrou slides. Disse que aqui eles cortam do lado esquerdo, que em outros lugares eles cortam do lado direito” (Simone).

“No curso eles falaram meio por alto que talvez precisasse corte pelo tamanho da criança e se a dilatação não fosse suficiente pra criança sair” (Camila).

Para os profissionais que realizam as episiotomias, efetuá-las à direita ou à esquerda é um hábito regional não esclarecido; para as mulheres que sofrem o procedimento, trata-se de generalidade.

Existindo rotinas, as informações giram em torno das mesmas, favorecendo a melhor aceitação mas restringindo a percepção e a possibilidade de escolha do usuário. Constata-se, então que as informações, quando fornecidas, referem-se a rotina de utilização da episiotomia e não a possibilidade do parto sem este procedimento.

“Eu fiz o pré-natal no hospital com médico e com a enfermeira também. Nem ela nem o médico colocaram a possibilidade de não ter este corte. Na hora do parto eu já sabia que a episiotomia iria acontecer porque a enfermeira me disse” (Simone).

“Durante o pré-natal não tive informações sobre o corte. Ninguém falou nada. Eu nem sabia que ia ter o corte” (Andréia).

“Acho que já no pré-natal deveriam informar sobre a necessidade ou não do corte e a possibilidade de escolha” (marido de Elisa).

Dois aspectos relacionados às equipes médicas são apontados pelas mulheres quanto à falta de informações fornecidas durante o pré-natal, e são relatados a seguir.

O primeiro refere-se a não continuidade do atendimento pelo mesmo profissional. As consultas tornam-se repetitivas para as gestantes pois lhes é solicitado o relato de suas histórias a cada comparecimento, desvalorizando os registros do prontuário. O desconhecimento da evolução da gestação e a falta de informação sobre as rotinas do atendimento pré-natal geram desconforto na clientela e a descontinuidade do atendimento pelo mesmo médico provoca desgastes desnecessários, também, nas equipes de trabalho.

“Cada vez que a gente vem a uma consulta é um médico que te atende. Cada vez a gente tem que contar tudo de novo pra ele até o último dia que tu teve aqui. Aí eles preenchem um monte de papelada e pedem um monte de exames. Eu acho que eles deveriam acompanhar desde o início, porque aí eles ficam sabendo o que está se passando” (Gessi).

“Neste pré-natal eles nem me explicavam nada. A equipe me mandava pro C.O. e lá a doutora me perguntava: - por que tu veio consultar aqui? Eu respondia: - não sei, eles me mandaram pra cá. Ela me examinava e não entendia o porque, já que eu estava bem. Nunca tive consulta direto com o médico lá embaixo e eles nunca me diziam nada. Até uma vez eles me deixaram bem nervosa porque me mandaram lá pra cima e a doutora não tava sabendo o que estava acontecendo....me fizeram um monte de exames e eu tava bem..” (Andréia).

Durante o ciclo grávido-puerperal, época de transição existencial para a mulher, as necessidades de segurança e confiança, geralmente, aumentam. O sistema de rodízio de atendimento e de plantões que vigora nas instituições pode provocar ou intensificar sentimentos de insegurança, instabilidade, ansiedade e desamparo das usuárias em relação ao profissional que zela pelo bem estar de sua saúde e de seu filho.

O segundo, refere-se à unilateralidade das consultas. Apenas o médico pergunta e conclui a consulta sem esclarecer suas condutas, o que, provavelmente, seja um dos fatores geradores de ansiedade relatado pelas mulheres. Para Maldonado e Canella (1988, p.109) muitas ansiedades podem ser poupadas com orientações simples que independem do nível sócio-econômico-cultural da usuária e, ao exemplificar a afirmativa, cita o caso de uma grávida que sai do consultório médico angustiada pela solicitação de exame de sangue, levando-a a supor algo

errado com ela ou o bebê. Posteriormente, ao receber a informação de que o procedimento é rotina no pré-natal, sente-se aliviada.

A informação pode ser utilizada com autoritarismo, submetendo as pessoas a serem auxiliadas a um "saber maior" sem permitir questionamentos.

"Não sei porque eles perguntam tanto pra gente. Cada um que vem pergunta novamente e poucas respostas ou informações se recebe...A gente se submete às perguntas. Se bem que a gente vem tão preocupada que tudo ocorra bem que a gente se submete a tudo.... Quando a gente chega ao hospital, se submete: as vezes por falta de informações e as vezes por falta de escolha" (Elisa).

Para Maldonado e Canella (1988), esse comportamento médico revela o modelo tradicional de relacionamento interpessoal médico-cliente. O médico exige submissão e obediência ao que ordena, não tolerando questionamentos. Defende a imagem de soberania e poder a qual implica falar pouquíssimo, não dar explicações, prescrever tratamentos secamente e tratar a cliente com ares de quem é superior em todos os sentidos. Com essa atitude de desprezo resta à cliente a única opção: a submissão. Salientam, ainda, os autores, que neste modelo clássico de atendimento, a história clínica não comporta a história da pessoa, e quando as informações não encaixam no seu esquema de pesquisa são consideradas dados "*supérfluos, irrelevantes, uma perda de tempo*". Neste contexto, a consulta é totalmente dirigida pelo médico e, após uma série de perguntas objetivas, com respostas também "*objetivas e lacônicas*" resulta em informações técnicas sem a captação de uma imagem significativa da pessoa ou de sua situação existencial, o que permitiria "*compreender o que se passa, inclusive a nível diagnóstico*" (Maldonado e Canella, 1988, p.69).

O diálogo de "*quem sabe*" com "*quem não sabe*" converte-se em conversa unilateral, em monólogo, tornando impossíveis as escolhas ou mudanças de opinião e conseqüentes processos de interação e transação, conforme preconiza King (1981). Lunardi (1995, p. 75) afirma que "*na rede de relações de poder e saber presentes nas instituições de saúde, o cliente/paciente é reconhecido teoricamente como o elemento de maior importância mas, na prática, é, possivelmente, percebido*

e assistido como um sujeito que não representa o poder”.

Na fala de Anita constata-se que muitas vezes as informações sobre indicações de episiotomia são discutíveis. Percebe-se que a necessidade de ter um local para assistência ao parto é ponderada pelas gestantes na decisão de submeter-se sem questionamentos à assistência prestada, em situação de cova humana. Tornam-se *objetos* de estudo num hospital escola, sem perceberem que num local assim, as rotinas devem servir para auxiliar e não para prejudicar quem é assistido:

“Só me falaram da facilidade de fazer o corte para facilitar o parto. Eu interpretei como um recurso que a ciência desenvolveu para facilitar o deslizamento do feto. Mas aqui é um hospital universitário e eles fazem também pra aprender” (Anita).

A submissão ao poder médico não se restringe às questões da episiotomia. As rotinas como a da realização do enema para o parto e a tricotomia, por exemplo, ainda utilizados em alguns serviços, necessitam um repensar urgente para facilitação e melhoria do parto.

“Não entendo o motivo do procedimento. Num dos meus partos fazia mais de 12 horas que não me alimentava e mesmo assim *tive que fazer o enema*” (Cátia).

O poder, geralmente concentrado em poucas mãos, impõe as rotinas e normas hospitalares - corretas ou não - e a consequência do autoritarismo impede questionamentos. A implementação de modificações da rotina, ocorre, geralmente, num ritmo mais lento do que as determinadas pelas reavaliações ou progressos técnico-científicos.

A questão da dor no parto é outro aspecto a ser enfrentado. Em algumas situações a dor pode e deve ser minorada ou suprimida, porém a decisão da analgesia para o parto ainda está, em grande parte, condicionada à situação econômica da usuária, sendo raras as mulheres atendidas através do SUS que têm acesso a este tipo de analgesia. Nas poucas situações em que isto ocorre é possível, ainda, verificar situações de represália como a vivenciada por Andréia.

“Quando eu estava com contrações quiseram que eu fizesse anestesia pra passar a dor e eu disse que não queria. Aí depois eu não agüentava mais de dor e estava com 9 cm e ele me disse: - viu? tu não quis tomar anestesia? Agora tu vai ficar assim. - Mas eu acho que não é por aí..” (Andréia).

A analgesia no parto é um procedimento que tem grandes chances de ser incluído no rol de procedimentos oferecidos pelo SUS, com indicações ampliadas, não tanto pelas necessidades das mulheres, mas por reverterem em ganhos financeiros e status para os profissionais médicos. No entanto, o interesse pela supressão da episiotomia como rotina, condiciona-se à diminuição do ensino prático desta técnica, principalmente nas faculdades de medicina, o que diminuiria a importância do parto enquanto ato médico, e os custos com fios cirúrgicos, cuidados e terapêuticas em suas complicações. Surgem, então, duas indagações: primeira - A supressão da episiotomia interessa ao ensino da medicina, aos médicos e indústrias? Segunda - Quem se interessará em modificar este quadro?

Quanto á realização do pré-natal, o número de mulheres que não realizam este acompanhamento é expressivo. No país, não há números oficiais que expressem este acompanhamento como um todo. No Rio Grande do Sul (1997), de julho/96 a junho/97, as unidades do SUS apontam 39.159 consultas de pré-natal. Neste levantamento, apesar de as mulheres serem identificadas, não se especifica qual o número de consultas por mulher a cada gestação. Com isto, permanece desconhecida a informação relativa ao preenchimento do critério mínimo de cinco consultas previsto pelo Ministério da Saúde para a gestante sadia, quando o acompanhamento inicia conforme o calendário preconizado.

Neste estudo, as consultas são caracterizadas como fator ansiogênico para a mãe.

“Não tenho reclamações dos partos daqui: só do pré-natal. No pré-natal a gente deveria ficar mais tranqüila..” (Elisa).

As dificuldades de marcação de consultas levam muitas mulheres ao famoso “jeitinho brasileiro” confundindo pré-natal com um acompanhamento assistemático e sem registro nos documentos oficiais do HCPA ou na carteira da gestante, conforme

se verifica nas folhas de atendimento dos serviços de emergência apresentados pelas mulheres como prova de realização do pré-natal.

“Realizei a maior parte do pré-natal com médico que eu já conhecia, no centro obstétrico” (Zilá).

As comparações sobre a quantidade de informações fornecidas no HCPA e outra instituição confirmam as deficiências no atendimento pré-natal de modo geral.

“O pré-natal da minha irmã e o da Elisa foram em hospitais diferentes e as informações transmitidas foram mínimas” (marido de Elisa).

Grande parte destes pensamentos demonstram, também, o conformismo e a submissão de quem necessita dos serviços de saúde ou encontra-se hospitalizado: submissão sem questionamentos, visto que, popularmente, quem sabe mais sabe o que é melhor e questionar um sábio pode ofendê-lo. Ora, ofender quem tem o poder de vida ou morte pode provocar ira e represália. Portanto, o melhor é não questionar e submeter-se.

7.3.2 Sobre cuidados com o períneo

Constata-se que as informações sistemáticas sobre episiotomia restringem-se às orientações quanto à higiene perineal. As percepções relacionadas à episiotomia resumem-se a generalidades, ao incômodo que os pontos provocam, à imagem corporal, à sensibilidade e dor na região e, também, ao fato de a intervenção tornar o parto normal uma ocorrência não natural.

Algumas mulheres, questionadas sobre como cuidar da região episiotomizada, respondem desconhecer a informação sobre a higiene.

A finalidade do cuidado com o períneo no pós-parto é a de manter a área limpa e seca, diminuir ou eliminar o odor, auxiliar na cicatrização e contribuir para o conforto da mulher. Mesmo na eventual ausência da episiotomia, a vulva e o períneo estão sensíveis pelo traumatismo do parto. Portanto, as mulheres enquanto

gestantes ou puérperas são aconselhadas a realizar higiene na região com água e sabão e alertadas para que o local não sofra lesões decorrentes do uso de papel higiênico.

“Fui orientada sobre como cuidar dos pontos, que é a higiene da região” (Zilá).

“Falaram que era pra lavar, não passar papel higiênico, secar com uma toalhinha pra não infeccionar e para os pontos caírem mais ligeiro” (Simone).

“Tenho orientação sobre cuidados com os pontos que é lavar bem a região com sabão de glicerina cada vez que fizer xixi ou defecar” (Anita).

Geralmente, a higiene é realizada durante o banho de chuveiro ou com a puérpera sentada no toalete. Tanto os lóquios quanto a urina provocam dor na sutura e a água morna na região tem ação suavizante. A secagem da região, à exemplo da higiene, deve ser realizada no sentido ântero-posterior do períneo. O absorvente deve ser colocado de forma a mantê-lo fixo, evitando que ao escorregar de trás para a frente possibilite a transferência de microrganismos do ânus para a vagina além de trocá-lo a cada eliminação (Ziegel e Cranley, 1985).

O momento e a freqüência da higiene, como profilaxia de complicações, e as dificuldades de sua realização, também são expressas:

“Recebi informações sobre como agir para não ter complicações: realizar a higiene da região 8-10 vezes ao dia; cada vez que fosse ao banheiro teria que fazer a higiene” (Camila).

“Explicaram como fazer a higiene mas não é uma região de fácil acesso. Até para fazer a higiene é criada uma situação especial, para uma região especial num momento especial” (Elisa).

Outra prática decorrente da episiotomia, incorporada como rotina devido às dificuldades na retirada dos pontos realizados com fio apropriado para a pele, é a sutura com “*cat gut*”. A sutura com “*cat gut*” desobriga as instituições de saúde a preverem local adequado para a retirada dos pontos e realizar revisão do procedimento cirúrgico que qualquer sutura de pele, por mais simples que seja, requer. Este assunto continuará sendo desenvolvido nos itens 8.3.4 -

Questionamentos - e 8.3.5. - • *A questão dos pagamentos.*

“Me disseram que não precisava vir ao hospital para retirar os pontos pois eles caem sozinhos” (Andréia).

“Eles falaram que de sete a dez dias caem os pontos” (Simone).

7.3.3 Sobre problemas decorrentes da episiotomia

Os relatos associam-se aos aspectos vividos por mulheres no pós-parto. As manifestações das entrevistadas sobre as possibilidades de complicações da episiotomia, demonstra, de certa forma, a pouca importância que os profissionais da saúde dão ao problema e aos sentimentos contraditórios dos profissionais entrevistados quanto ao seu fazer e a rotina preconizada no serviço.

“**Não** recebi orientações sobre complicações” (Cátia).

“**Não** me falaram sobre que complicações o corte poderia trazer” (Ivone).

“**Não** ouvi falar nada sobre as complicações. Só quando tu falaste ontem, ali” (Elisa).

“**Não** recebi informações sobre complicações que poderia ter. **Não** disseram o que eu deveria fazer se tivesse infecção” (Camila).

A possibilidade de infecção é associada apenas à higiene perineal inadequada.

“Eles falaram que pode infeccionar se a paciente faz cocô na sala e o tratamento para infecção é lavar. Outras complicações eles não falaram” (Simone).

“**Não** me falaram que podia acontecer alguma complicação, só me disseram que cada vez que eu fosse ao banheiro eu teria que lavar com água, até fria” (Gessi).

“Complicações eles não falaram nada. Só mandaram lavar com água e sabão neutro depois do corte” (Andréia).

A infecção de episiotomia pode ser produzida por microrganismos existentes

previamente no canal vaginal ou levados até o local durante os procedimentos do parto além de maus cuidados de higiene no puerpério. O períneo deve ser visto como um acesso dos microrganismos à cavidade uterina, local cruento, quente, úmido, escuro, protéico: excelente meio de cultura para microrganismos que podem disseminar-se sistemicamente na mulher, provocando sérios danos, inclusive mortes maternas por fascite necrotisante conforme relata Sky (1979).

Além da infecção e da deiscência²⁶ de sutura, são identificadas complicações relacionadas à sensibilidade modificada pela cicatrização da região:

“Sobre complicações? Tenho uma amiga que sente irritações no local do corte apesar de fazer mais de dois anos” (Camila).

“Agora cortaram em cima deste talho. Aquela carne é mais dura, meio morta, não sei explicar... espero que não dê problema. Além disto, sempre que está pra chuva me incomoda mais. Dói mais. Arde. O que mais me incomoda é aquele talho ali” (Gessi).

É responsabilidade da enfermeira ensinar e reforçar práticas de higiene na mãe. Porém, a idéia de que as incisões necessitam de curativo realizado por profissional da saúde, faz com que as mulheres tenham dificuldade em expressar problemas surgidos na região. Num passado recente há um verdadeiro ritual envolvendo os cuidados no períneo no puerpério em forma de rotina hospitalar que estendia-se ao domicílio. Isto consumia muitas horas de cuidados de enfermagem, sendo substituído pela rotina do autocuidado. Atualmente, as queixas relacionadas a região perineal, podem não ser adequadamente valorizadas pela enfermagem devido a nova rotina, ocorrendo, então, dificuldades em detectar complicações precocemente.

“Não me fizeram o curativo e eu fui embora no outro dia. Quando eu fui ao médico para fazer o curativo, porque estava um buracão e ninguém queria fazer, foi dito que eu teria que cauterizar (debridar). Eu tive que fazer isto três vezes” (Gessi).

Ziegel e Cranley (1985) recomendam o cuidado com o períneo prestado pela

²⁶ Deiscência (Ferreira, 1986) de sutura - afastamento espontâneo dos planos anatômicos após sua união artificial devido a incisão cirúrgica ou ferida.

enfermeira, pelo menos uma vez, caso não venham sobrepor-se anormalidades ou sempre que as necessidades da mulher o indiquem.

Os relatos das mulheres sobre problemas decorrentes de infecção e deiscência, revelam danos não só a si mesmas mas também em seu recém-nascido. Gessi lamenta-se ao falar sobre as complicações e as dificuldades para superá-las.

“Tive corte nos dois. Só que no da minha filha eu levei 3 meses para me recuperar: Os pontos romperam todos no hospital. Pra fechar teve que sangrar em cada cauterização (*debridamento*). Eu tive que tomar 60 injeções de despacilina, e cada vez que eu tomava injeção a minha filha vomitava. O médico disse que eu parasse de amamentar por causa da medicação. Eu sofri. Meu marido sofreu. Mas quem mais foi prejudicada ainda, foi minha filha. Eu não conseguia caminhar direito. Pegar ela ao colo era difícil. Teve que tomar mamadeira, teve problema intestinal porque trancava” (Gessi).

O relato de Gessi supõe outras dificuldades ligadas ao cotidiano: tarefas domésticas, compras, lazer e atenção requerida das pessoas mais próximas. Em momentos críticos, dramáticos, percebe-se o tempo de forma alongada, fazendo crer que situações desfavoráveis estão distantes de um final satisfatório.

O ressentimento de Gessi, provocado pela falta de informações é verbalizado num desabafo que indica a importância das informações passadas boca-a-boca no dia-a-dia das mulheres e a responsabilidade dos profissionais em repassar informações corretas.

“Eles deveriam explicar pra gente porque eu não tinha noção de nada. Na época eu não tinha ninguém que me avisasse” (Gessi).

A infecção e outros problemas como tempo de permanência prolongado em sala de parto, dor à realização da episiotomia, dor após sua realização, necessidade de medicação para a dor, aceitação da imagem corporal conseqüente a integridade física alterada, roubam um período precioso para promover a interação mãe-filho enquanto a episiotomia desnecessária e conseqüente episiorrafia são efetuadas.

“Pra ganhar não levei nem uma hora. Pra costurar levei quase três horas” (Elisa).

“Foi demorado. Só pra parte de dentro foi uma hora e meia, por fora deu só sete pontos” (Andréia).

Parece difícil o controle da prevenção da dor, na episiotomia de rotina quando a expulsão é iminente, ou quando há lacerações não prevenidas, levando a crer que, se não cortar, vai rasgar, como indicam os relatos:

“Foi tudo muito rápido e não chegou a pegar o efeito da anestesia” ... Eu senti o corte todinho: horrível!” (Camila).

“Tive pontos nos três partos mas desta aqui não cortaram e como ela é enorme, no fim ela me rasgou. Foi horrível principalmente porque eu senti todos os pontos. A doutora disse que não teve tempo de fazer a anestesia” (Ivone).

As necessidades terapêuticas de aplicação de frio, através da luva de borracha com gelo ou água gelada nas primeiras 24 horas, ou do calor local através de *“lâmpada de aquecimento durante 20 a 30 minutos três vezes ao dia”* (Ziegel e Cranley, 1985 p. 434), ou calor úmido através dos banhos de assento após as primeiras 24 horas, administração de medicamentos para a dor e desconforto nos hematomas da região da episiotomia, equimoses, hiperemias, edemas são expressas nas falas:

“Estou com muita dor nos pontos agora, o pessoal liberou mais medicação por que não é fácil. Vou querer mais uma agora” (Anita).

“Ontem me disseram que estava inchado e roxo e colocaram gelo mas eu tomo remédio e a dor não passa” (Andréia).

“Hoje eles não estão me atrapalhando tanto mas até pela manhã estavam muito doloridos” (Zilá).

Para Ziegel e Cranley (1985) a dor na região da episiotomia pode ser amenizada sentando-se sobre rodas de borracha para reduzir a área de pressão sobre o períneo, além do uso de analgésicos durante os primeiros sete ou oito dias, período em que a sutura do períneo provoca desconforto considerável. A queixa de dor persistente pode ser causada por alguma anormalidade e deve ser investigada imediatamente.

Todas as entrevistadas relatam alto grau de desconforto, porém uma refere pequeno incômodo na região, manifestada quando as atividades diárias diminuem:

“Estes pontos só doem para mim de noite, de dia não” (Simone).

Outro aspecto importante mencionado é a questão da intensidade da dor associada à imagem da região episiotomizada e ao número de pontos recebidos: quanto mais intensa a dor, pior a aparência da região, maior a quantidade de pontos.

“Pelo que está me incomodando acho levei bastante pontos” (Zilá).

“Ela me disse que costurou muito bem. Eu nem imagino como pode estar. Deve estar horrível, porque dói bastante” (Gessi).

Além disso, um corte nesta região acarreta medo e fantasia quanto à imagem corporal, verbalizados nos depoimentos de Anita e Ivone:

“Eu tenho medo de olhar ali embaixo. Imagina! Meu banheiro é todo espelhado. Não gostaria de ver uma cicatriz grande nesta região” (Anita).

“Uma vez eu até pensei assim: devo ter ficado com uma vagina enorme...” (Ivone).

Ao relato de Zilá, surge a reflexão sobre o despreendimento das mulheres que ao tornarem-se mães passam a valorar mais o filho do que seu próprio corpo, não percebendo que sua exposição às situações de risco pode comprometer o desenvolvimento deste filho ou da prole, além da qualidade de vida da própria mulher.

“Não me preocupei muito sobre que pontos seriam, quantos seriam... Na hora a gente nem se preocupa muito com isto: o importante é que o nenê saia e pronto” (Zilá).

Elisa expressa o entendimento que as puérperas e seus maridos adquirem, em decorrência das entrevistas realizadas, sobre os riscos da episiotomia rotineira.

“Então este corte torna o parto normal um parto de risco!” (Elisa)

Além de não receber informações sobre a possibilidade do parto sem episiotomia, pode-se verificar que as entrevistadas também não recebem informações sobre as complicações decorrentes. As orientações restringem-se à importância da higiene perineal após o procedimento cirúrgico.

7.4 Questionamentos e reflexões

Os questionamentos são conseqüências das reflexões oriundas do diálogo mantido nas entrevistas e percebidas como momentos de aprendizado mútuo. A pesquisadora desvela enfoques diferentes para um assunto sempre atual, o nascer, e apreende dificuldades, desconhecimentos e percepções das mulheres e seus maridos relacionados ao tema.

As perguntas envolvem, geralmente, questões amplas e descortinam a sensação de abandono a que são submetidas mulheres e maridos. Falam sobre a dor, as dificuldades de eliminações urinária e intestinal, o desconhecimento quanto aos riscos de infecção da episiotomia, dos cuidados com a episiotomia infectada e sobre a situação de não serem ouvidas quando admitidas em um hospital.

As dificuldades passageiras advindas da pressão provocada pelo feto ao passar pelo canal vaginal são desconhecidas pelas respondentes, provocando dúvidas quanto sua normalidade e associando-a à realização da episiotomia exclusivamente. Esta questão remete ao fato de que a episiotomia não previne o tenesmo vesical e intestinal por ocasião do parto. As dúvidas, percepções e medos relacionadas as eliminações urinária e fecal pós-episiotomia e a necessidade de orientações e administração de medicamentos são expressos nos questionamentos seguintes:

“Estou com vontade de urinar. Parece que tranca. Aconteceu isto também no meu segundo parto. O que está acontecendo? Uma pessoa que não teve pontos ou corte também pode ter este problema?” (Ivone).

“Eu estou com medo de ir aos pés, estou apavorada. Os pontos vão

rebentar? Acho que vou deixar para ir em casa. Lá eu tenho mais recurso de frutas e alimentação” (Anita).

“O que posso fazer pra passar esta dor nos pontos? Parece que *estica* também” (Camila).

Um dos assuntos que mais intriga puérperas e maridos durante as entrevistas é a possibilidade de infecção e suas conseqüências. Retorna-se, aqui, ao assunto abordado no item 7.3.2 Informações recebidas pelas puérperas e suas percepções “*Sobre cuidados com o períneo*”, valorizando os questionamentos:

“Nunca ouvi falar que poderia dar infecção. **Dá?**” (Ivone)

“Não tenho informações sobre as complicações. **Tu podes me informar?**” (Anita)

“Não fui avisada sobre a possibilidade de alguma complicação. **Tem perigo de infecção?**” (Zilá)

A resposta sobre a possibilidade de mudanças na realização do parto, às puérperas e seus maridos, é a dúvida. Dúvida expressa por eles mesmos em suas perguntas ou reflexões.

“É possível aqui no hospital a gente conversar com a equipe pra não ter estes pontos? Acho que não é” (Gessi).

“Não sei se tem uma orientação sobre isto durante as consultas do pré-natal. Eu até nunca me preocupei em saber. A gente nunca sabe se vai ganhar normal ou cesárea. Mas até que seria bom a gente se informar sobre isto” (Zilá).

“Se no caso de nós termos outro filho, tem opção da gente chegar no hospital e dizer: - eu não quero corte. Eles vão nos ouvir ou simplesmente vão fazer porque é mais prático?” (Andréia).

“Acho que o profissional também não cogita de fazer o parto sem os pontos” (Elisa).

“No Clínicas é uma rotina” (Camila).

Parece haver inércia mental nos profissionais que realizam o parto impedindo-os de questionar ou de ouvir questionamentos sobre o tema, de refletir

criticamente sobre seus saberes e abrirem-se para práticas de parto diferentes das atuais.

Maldonado et al. (1985, p.104) ponderam que “*muitas imposições são apenas aparentemente baseadas em argumentações lógicas que, na realidade, não resistem a um exame mais cuidadoso*”. Mas, para o médico “*a necessidade de ter poder e exercer controle das situações tem como núcleo mais profundo a luta contra a angústia da impotência frente ao imprevisível, a falibilidade e a precariedade da existência humana*”, não dando-se conta, portanto, que poderão advir desta conduta, situações iatrogênicas (Maldonado et al., 1985, p. 25).

“*Por que eles fazem isto?*” É uma pergunta cuja resposta parece difícil responder atualmente. Seria bom poder responder que não é rotina, que não são raros os profissionais que sabem realizar um parto *normal*, que homens e mulheres conhecem as indicações para uma episiotomia, que há a possibilidade de um parto sem dor para todas... Os questionamentos e reflexões de Andréia e seu marido demonstram a competência que têm para avaliar situações relacionadas à saúde por ocasião do nascimento.

“Não conheço ninguém que não tenha tido corte. Acho que todas tem, porque todas tem pontos, né? Por que que eles fazem isto? (...) Eu já estava com dez dedos quando cheguei aqui e ainda levei um corte assim...” (Andréia).

“Não sei porque não foi natural (referindo-se ao parto com episiotomia). Ele é um nenê pequenininho e ela estava bem na hora. Passou bem na gestação, não precisou fazer repouso” (marido de Andréia).

As puérperas satisfazem-se parcialmente com as respostas fornecidas pela entrevistadora pois percebem que não é suficiente conhecer suas indicações e uso abusivo para que sejam prevenidas episiotomias futuras. Porém, acredita-se que a reflexão no grupo de respondentes faz com que as mesmas mantenham-se se em estado de alerta diante de situações que poderão ser prevenidas ou minimizadas no ambiente hospitalar. Acredita-se, também, que com os diálogos as mulheres e seus maridos percebem que há alguma possibilidade de mudanças, pois, ao final das entrevistas sempre ocorrem expressões de esperança no estudo em questão, quer

pelo poder que o novo saber lhes confere quer pela possibilidade de que, num futuro próximo, o nascer seja diferente, melhor:

“Eu vou sair daqui e falar pra todo mundo que há a possibilidade de não levar o corte. Todo mundo acha que só leva uns pontinhos de correção” (Elisa).

“Espero que tu consiga divulgar este trabalho pela minha filha que um dia vai ser mãe. Ela tem 12 anos. Quem sabe quando ela tiver 20 já existam mais opções” (Gessi).

Em suma, o despreparo, a desinformação e a submissão à determinadas rotinas geram angústia e preocupações, perturbando o restabelecimento do pós-parto e a interação mãe-filho. Informações simples, porém completas, são passíveis de serem fornecidas em qualquer momento da vida de uma mulher e, principalmente, enquanto gestante.

8 A ORIENTAÇÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE EPISIOTOMIA

"Olhe cada caminho com cuidado e atenção. Tente-o tantas vezes quantas julgar necessárias... então, faça a si mesmo e somente a si mesmo uma pergunta: possui este caminho um coração? Em caso afirmativo, o caminho é bom. Caso contrário, esse caminho não possui importância alguma" (Carlos Castanheira)²⁷.

À luz das falas das enfermeiras e do médico, todos atuantes na área obstétrica pré-natal do HCPA descrevem-se, neste capítulo, as atividades globais desenvolvidas no **dia-a-dia da enfermeira**; as **rotinas** do serviço referentes às **orientações** sobre o parto e episiotomia; alguns **aspectos da formação profissional** dos respondentes e, por fim, algumas **contradições** e a **avaliação crítica** que emergem dos relatos sobre a episiotomia.

8.1 O dia-a-dia da enfermeira no pré-natal

As enfermeiras entrevistadas trabalham de dois anos e seis meses há dezoito anos, na qualidade de enfermeiras pré-natalistas, embora tenham experiências com mulheres no período grávido-puerperal em outras unidades de internação hospitalar.

As enfermeiras atendem uma população variada em relação aos riscos e idade: grávidas com gestação normal, hipertensas, diabéticas, adolescentes, além de grupos especiais de orientação dirigidos às crianças de mães adolescentes, às mulheres

Castanheira, Carlos. Apud Santin, 1995, p. 105.

infectadas pelo HIV e às mulheres e ou bebês com dificuldades relativas ao aleitamento materno. Estes grupos são implantados conforme as necessidades da demanda.

“Quando eu vim para o ambulatório, há seis anos atrás, não existia a filosofia de atender as gestantes de alto risco através da consulta de enfermagem. A experiência com gestantes de alto risco internadas proporcionou que eu implantasse este tipo de atendimento com diabéticas, hipertensas, infectadas pelo HIV e continuasse o trabalho com adolescentes realizado pela professora da EEUFRGS” (Fernanda).

Os cursos de orientação ao parto compõem-se de oito encontros semanais, onde os assuntos são abordados conforme a clientela. Ocorrem na mesma sala, horário e dia da semana.

Constatam, as enfermeiras, que a clientela participante dos cursos questiona mais do que a clientela das consultas, quando o assunto refere-se ao parto, episiotomia, sua realização como rotina e possibilidades alternativas para o parto. Notam, também, a ruptura dos encontros após o nascimento dos bebês, mesmo quando é aprazada a consulta pós-parto.

As enfermeiras relatam grande satisfação no trabalho: pela autonomia que exercem; pelo espaço privado para atendimento; pela relação de confiança que se estabelece entre enfermeira e cliente; pelo possibilidade de esclarecimento de dúvidas e acompanhamento da gestante e sua família; pela motivação e oportunidade de estudar mais.

Chama a atenção o fato de as mulheres, geralmente, procurarem a consulta com a enfermeira, motivadas pela falta de consultas médicas. Ao constatar, de forma direta, através do trabalho das enfermeiras, tanto as mulheres quanto suas famílias fazem comparações elogiosas de suas atividades em detrimento às dos médicos.

Sobressai, também, a questão do vínculo dos profissionais entre si nas equipes de trabalho, formadas por enfermeiras, nutricionistas, psicólogas, antropóloga e médicos. As clientes recebem atendimentos individuais e coletivamente através das discussões de caso ou nos grupos específicos.

O trabalho das enfermeiras do ambulatório de pré-natal é tão diversificado em relação a saúde e educação da população materno-infantil que aspectos ligados a episiotomia se diluem em situações consideradas como “detalhes do parto”. As questões sociais e emocionais mais evidentes no cotidiano de trabalho são mais “cuidadas” do que as subjacentes e ligadas a alguma técnica. Tanto numa quanto noutra situação as condutas das enfermeiras são sempre no sentido de prevenir ou diminuir situações ansiogênicas relacionadas aos procedimentos.

As reuniões com mulheres infectadas pelo vírus HIV são realizadas, inicialmente, somente com gestantes. Entretanto, verifica-se que as mesmas orientações são transmitidas, também, ao grupo de mulheres não gestantes. Desta forma opta-se por realizar apenas um grupo que congrega mulheres gestantes e não gestantes, e quando há a participação destas últimas a ênfase é dada a aspectos ligados ao HIV e gestação. Além favorecer a participação de maior número de pessoas, reduz-se a quantidade de dias da semana em que estas mulheres deslocam-se para o hospital a fim de receber atendimento com outros profissionais destinados a acompanhá-las.

Geralmente as participantes do grupo são mulheres com uma ou mais consultas marcadas na manhã de sexta-feira; poucas são as que comparecem quando não há consulta marcada para este dia, por isto a característica do grupo é de população flutuante.

As principais características das mulheres que participam do grupo HIV, referem-se a situação sócio-econômica de pobreza (“muito pobres”) e o baixo grau de instrução. Quanto a idade, algumas tem 45 anos ou mais, com filhos adultos, netos, assim como mulheres em idade reprodutiva. A descoberta da infecção ocorre em qualquer destas faixas etárias.

O grupo tem caráter informativo e os conteúdos são trabalhados a medida que os assuntos forem surgindo e conforme as necessidades do momento. De acordo com as enfermeiras, também é aberto espaço para os sentimentos à medida em que forem considerados prioritários. Assim, tanto informações quanto

sentimentos tem espaço garantido no grupo. Algumas mulheres por entenderem que o grupo é “para chorar” não participam até receberem estímulo e informações quanto ao desenvolvimento do mesmo. Há abertura para a participação de familiares, como mãe e irmã, que são trazidos, principalmente quando as portadoras do HIV apresentam dificuldades para explicar “que tomar no mesmo copo não passa vírus”. Ao serem esclarecidos os modos de transmissão, o convívio social e familiar são facilitados. Como o grupo não é dirigido, especificamente, às grávidas, suas dúvidas são verificadas e respondidas conforme as necessidades, mas, de modo geral as orientações mais específicas são individualizadas na consulta de enfermagem. Tópicos obrigatoriamente abordados, referem-se a diferença de infecção e AIDS, auto-cuidado, cuidados com animais que transmitem toxoplasmose, importância do preparo de carnes para evitar esta doença que é mais suscetível ao portador do HIV, exames e medicamentos que existem e/ou são utilizados.

Há, também, reuniões abertas à comunidade para esclarecimentos e apoio quanto ao aleitamento materno, das quais participam grávidas, puérperas e nutrízes. O objetivo é de ajudar a lactante, independente de haver vínculo com o pré-natal do HCPA. As constatar-se problemas de amamentação na unidade de internação obstétrica, faz-se o encaminhamento ao serviço e entrega-se um cartão com as indicações para localizá-lo no hospital. Os problemas mais frequentes deste grupo são as fissuras de mamilo, má pega e necessidade de orientação e preparo para a amamentação. As enfermeiras do ambulatório, integrantes deste grupo, participam de reuniões na unidade de internação obstétrica com a equipe multidisciplinar, sob a coordenação de médica pediatra. Este grupo surge com o intuito de resgatar o ato do aleitamento materno, nutrição quase dizimada pela nossa sociedade há poucas décadas e para continuar os temas abordados nos programas de pré-natal e puericultura, além de a instituição aderir ao preconizado pela UNICEF e querer tornar-se “hospital amigo da criança”.

“Estou participando do grupo que trabalha para que o hospital se torne um hospital amigo da criança(...) a gente está atendendo gestante também. Este espaço está sendo utilizado para preparar as mulheres para o aleitamento

além de atender os pedidos de socorro” (Bruna).

Há, também, grupos de mães adolescentes com filhos de zero a dois anos de idade. Estes grupos destinam-se, inicialmente, ao atendimento de bebês até um ano de idade, período de maior risco para os filhos destas mães. Porém, há situações de mães tão vinculadas ao programa, que permanecem freqüentando-o, mesmo após o período previsto.

O trabalho desenvolvido em equipe é considerado estimulante pelas enfermeiras, além de importante oportunidade para ampliação de seus conhecimentos.

“Tenho muita vontade de estudar e saber mais. Quando a gente tem mais conhecimento na área se sente melhor. Eu estudo as adolescentes em geral e as com infecção pelo HIV. Assim, não fico restrita somente as gestantes infectadas. Fico sabendo coisas de homens infectados, de mulheres infectadas, da doença em si, e o que é importante pra atender aquela grávida.” (Fernanda)

As equipes de trabalho em que as enfermeiras estão incluídas possuem profissionais diversos que variam conforme as especificidades da clientela. Em geral é composta por enfermeira, médico, nutricionista e psicóloga. Na equipe que trabalha com infectados pelo HIV, há uma antropóloga que realiza entrevistas domiciliares. Nas reuniões semanais são discutidos casos em geral. Como exemplo de assuntos abordados nas reuniões dos profissionais são citados, a obesidade, a asma e a gestação.

“Terminei me vinculando à equipe do HIV e das adolescentes, porque são equipes que trabalham unidas. Eu não atendo adolescentes sozinha e não atendo HIV sozinha, a não ser na consulta, é claro!” (Fernanda)

Este ambiente de trabalho gera a procura constante de adequação dos projetos elaborados para a clientela, tornando-os flexíveis às alterações necessárias para seu atendimento ou ampliação da demanda como recentemente ocorrido para atenção às mulheres que amamentam ou o assunto “puerpério” para as

adolescentes.

“Faço grupo de orientação com mães adolescentes e bebês, que é uma forma de se fazer o gancho deste atendimento todo pra adolescente. Então, a gente atende ela grávida, prepara para o parto e atende ela com o seu bebê. São grupos semanais e abertos. Vem qualquer menina adolescente desde que ela tenha um bebê de até um, dois anos de idade” (Fernanda).

As atividades desenvolvidas pelas enfermeiras no programa de assistência pré-natal compreendem, **consultas de enfermagem** agendadas, **cursos de orientação ao parto** com clientela previamente inscrita e **grupos semanais abertos** com palestras únicas, oferecidas à população que frequenta o serviço.

•Consultas de enfermagem

A consulta de enfermagem no pré-natal, iniciada há mais de 20 anos por docentes da EEUFRGS, mantém-se com a contratação de uma enfermeira específica para a realização desta atividade. Hoje, é desenvolvida por três enfermeiras contratadas e a EEUFRGS mantém campo de estágio para seus alunos através de uma docente.

A quantidade e distribuição das consultas médicas oferecidas pelo SUS, nos serviços, são inadequadas para atender a população sob sua responsabilidade. Portanto, a consulta de enfermagem, no HCPA, é, muitas vezes, a via que as gestantes encontram para serem incluídas no atendimento pré-natal, preenchendo, desta maneira, a lacuna deixada pela falta de consultas médicas.

“O que mais me chama atenção na consulta das gestantes de baixo risco é que as mulheres procuram a consulta de enfermagem porque, geralmente, não há disponibilidade de consultas médicas.” (Renata)

O resultado do trabalho com as gestantes de risco é reconhecido pela instituição e comunidade. Estas mulheres vêm, na sua maioria, encaminhadas de outros serviços. Isto vai ao encontro dos requisitos de hierarquização dos atendimentos previstos no sistema de saúde, no qual atendimentos de menor

complexidade realizados nos postos de saúde da rede continuam sendo feitos lá. Porém, as mulheres, cuja situação exige atendimento mais complexo, vêm para o hospital.

Durante as consultas dispensam-se orientações específicas conforme evolução da gestação ou situações consideradas prioritárias pelas enfermeiras, impedindo que o assunto episiotomia, geralmente, seja abordado. O tempo de 30 minutos previsto para a consulta de enfermagem é considerado insuficiente pelas enfermeiras.

“Nas consultas, o tempo de orientação é menor em relação aos grupos. Explico trabalho de parto, parto, cesárea e, muitas vezes, não consigo falar porquê se faz a epísiso. Não dá tempo. É só 30 minutos” (Renata).

Além do limite imposto pelo tempo, situações consideradas prioritárias ou o não questionamento por parte das usuárias nos atendimentos grupais, também são determinantes para que o assunto permaneça em plano inferior.

“Sobre a episiotomia? Bem, nas consultas a gente tem em torno de meia hora pra atender e se faz a orientação de coisas que estão acontecendo na gravidez. Se examina, faz vacina... O espaço da consulta é usado pra dar orientação e não dá tempo de, em uma consulta, fazer todas as coisas que seriam importantes” (Bruna).

Independente do risco que a usuária apresenta ou dificuldades da enfermeira na administração do tempo, nota-se, em suas falas, a satisfação com que desenvolvem suas atividades.

“E eu gosto. Vale a pena” (Renata).

“Eu estou há seis anos no pré-natal. Posso te dizer que hoje sou muito mais feliz. Eu adoro o que faço. Adoro trabalhar com pré-natal e tenho muito prazer de trabalhar com o tipo de paciente que trabalho: as adolescentes e as infectadas pelo vírus do HIV” (Fernanda).

A satisfação trás, embutida, a comparação ao modelo médico de atendimento, referida tanto pelas puérperas quanto pelas enfermeiras. Referem-se

às vantagens que as usuárias expressam, com freqüência, na consulta de enfermagem, devido às possibilidades de esclarecerem suas dúvidas com maior facilidade e poderem ser acompanhadas de familiares.

“A gente deixa elas mais à vontade pra perguntar e elas dizem que gostam, que preferem as nossas consultas: - *vocês fazem as mesmas coisas que os médicos e até dão mais chances pois podem vir os filhos, meu marido, tu me explica tudo que tu faz e tu me deixa a vontade pra eu perguntar tudo que eu quiser*. E nas consultas médicas a gente sabe que não acontece isto, principalmente porque são doutorandos ou alguns médicos no início da residência” (Renata).

A enfermeira possui autoridade, conhecimento e responsabilidade para tomar decisões relativas a sua atuação na consulta de enfermagem. Esta autoridade associa-se ao poder²⁸ conquistado no exercício de suas funções. Ter um espaço privado para troca de informações é considerado fator de satisfação na vivência do trabalho com as gestantes.

“Pessoalmente é uma atividade que me satisfaz bastante. A questão de ter um espaço privado para conversar com a gestante, pra mim, é muito bom; melhor do que as outras experiências de trabalho em internação, porque eu me sinto com muita autonomia. Sinto que se estabelece uma relação de confiança. Que a paciente volta pra mim e pergunta, esclarece dúvidas comigo, confronta o que eu digo pra ela com o que os outros profissionais dizem” (Júlia).

A garantia deste espaço tem a ver com a estrutura do HCPA, na qual todos os cargos estão dispostos em graduações hierárquicas que encerram determinados privilégios e obrigações, estritamente definidos por meio de regras limitadas e específicas.

Constata-se, pelas falas das enfermeiras, que a marcação de consultas é flexível, levando-se em consideração as necessidades individuais e a continuidade do acompanhamento da mulher no puerpério. A flexibilidade para o agendamento

²⁸ Poder, para King apud George, é definido como o “processo através do qual uma ou mais pessoas influenciam outras pessoas numa situação. Poder é uma força social que organiza e mantém a sociedade. Poder é a habilidade de utilizar recursos para alcançar metas. Cada pessoa possui poder em potencial, determinado por recursos individuais e forças ambientais encontradas” (GEORGE, 1995, p. 179).

de suas consultas é determinada pela autoridade²⁹ conferida pelo cargo, no desempenho de suas funções.

“Eu faço acompanhamento mensal, no princípio e, ao final da gestação, se tiver espaço na agenda, acompanho a cada 15 dias. Porém, se há uma paciente com mais dificuldade de entendimento, com gestação de mais risco e sem acompanhamento médico, antes de 32-34 semanas começo a atender mais seguidamente” (Júlia).

Percebe-se a importância da instituição na continuidade dos vínculos estabelecidos no pré-natal. Porém, quando a gestante é acompanhada pela mesma enfermeira forma-se o vínculo pessoal, e a possibilidade de continuação do atendimento no puerpério é determinada, principalmente, pela autonomia da enfermeira na marcação de suas consultas fora da agenda estabelecida pelo setor de “marcação de consultas”.

“Geralmente marcamos a consulta de pós-parto para as que fazem pré-natal conosco” (Renata).

Por outro lado, são constatadas freqüentes ausências das usuárias na consulta de enfermagem pós-parto, sejam elas adultas ou adolescentes. Apesar de criar-se vínculos durante o pré-natal, as enfermeiras mencionam a existência de fatores de adaptação dos papéis relativos à maternidade: compromissos com outros filhos e a casa, no caso das mulheres adultas e as dificuldades inerentes a nova experiência do puerpério para as adolescentes.

Para Maldonado e Canella (1988, p.165) “a *continuidade do contato profissional ao longo do pré-natal, na assistência ao parto e no puerpério imediato são de fundamental importância.*” Entretanto, o parto é visto como o final do processo por um número significativo de mulheres.

²⁹ Autoridade, para Chiavenato (1993, p. 421) o poder de controle resultante de uma posição reconhecida, é inerente ao cargo e não ao indivíduo específico que desempenha um determinado papel.. A distribuição de autoridade dentro da organização além de reduzir amplamente o atrito, protege o subordinado da ação arbitrária do seu superior, visto que ambos agem, assim, sob um conjunto de regras mutuamente estabelecidas.

“Eu sempre dou um aprazamento de consulta pós-parto, considerando a data provável do parto. Nem todas voltam. Muitas eu não vejo mais. Depois da última consulta enquanto gestante, elas não aparecem” (Júlia).

Constata-se que, mesmo com as diferenças atribuídas aos relacionamentos cliente-enfermeiro e cliente-médico, as usuárias não atribuem ao puerpério a importância orientada pelos profissionais e o vínculo com as consultas continua deficitário considerando-se as ausências das usuárias às consultas.

•Cursos de preparação e grupos de orientação ao parto (palestras)

Além das consultas, as gestantes são atendidas nos cursos de preparação e nos grupos de orientação ao parto. Ambas as atividades são partes integrantes do atendimento pré-natal, consideradas complementação do trabalho realizado nas consultas. Porém, a participação não está condicionada ao agendamento das gestantes nas consultas.

Nos cursos, a clientela é inscrita previamente, com número limite de participantes para os oito encontros semanais previstos; nos grupos, os encontros são abertos, semanais e únicos, sem necessidade de inscrição prévia. Tratam de assuntos específicos, quais sejam: trabalho de parto, parto e cuidados com recém-nascido. As enfermeiras consideram estas atividades espaços de trocas de vivências.

“Lá pelo sexto mês, quando vai chegando mais perto do parto, a gente procura encaminhar as gestantes para os cursos. É uma complementação do trabalho que se faz nas consultas. Dentro do curso, a orientação para o parto é super completa. Não esgota o assunto. Mas há mais tempo e é mais rico porque a gente pode trocar muitas experiências e dúvidas” (Bruna).

Os cursos não são destinados apenas às gestantes normais porém, coincidentemente, inscrevem-se poucas gestantes com alguma patologia associada. A média de gestantes inscritas é de dezesseis e a de participantes por encontro é doze. A frequência dos inscritos varia conforme o assunto a ser abordado. As

enfermeiras estimulam a participação do pai ou de membros da família-nos cursos.

“A aula que tem maior frequência é sobre cuidados com o recém-nascido e a aula em que os maridos participam mais é sobre o parto. Muitas vezes as avós ou sogras também são convidadas, numa tentativa de resgatá-las para o cuidado preconizado e, assim, diminuir os problemas de orientações contraditórias às mulheres” (Renata).

Na exposição dos assuntos são utilizam-se recursos variados: slides, visitas, troca de idéias entre os participantes e dramatização, tornando estes momentos ricos e propícios para esclarecimentos de dúvidas.

“Eu acho que fica muito rico por causa das visitas no Centro Obstétrico. Elas ouvem, elas vêem o slide, elas conversam e elas vêem no Centro Obstétrico, posteriormente, tudo aquilo que a gente já falou. Fica muito mais interessante do que aquele momentinho ali, da consulta, por mais consultas que ela faça no pré-natal” (Bruna).

Pelos depoimentos das enfermeiras, percebe-se a ampla gama de atividades educativas, administrativas, assistenciais que desenvolvem e a autoridade que possuem para seu desempenho. Esta autoridade é decorrente do modelo organizacional da instituição.

8.2 Rotinas

Rotinas são maneiras de executar determinadas atividades já conhecidas, de acordo com as normas técnicas e regras da organização. Pela força do hábito em realizar tais procedimentos além de tê-los por escrito, deixam de ter sua validade questionada. Esta forma de proceder encontra eco no modelo burocrático em que há um exagerado apego aos regulamentos, resistência à mudanças, dificuldades no atendimento a clientes e conflito com o público. Para que a organização seja eficiente por excelência prevê-se minuciosamente a maneira como devem ser realizadas todas as coisas. Assim, as normas e regulamentos são estabelecidos com antecedência e por escrito. Estas normas e regulamentos dão às pessoas, com autoridade para tal, poder de coação sobre os subordinados além dos meios coercitivos capazes de impô-las. Por serem escritas, asseguram que não haja erros

de interpretação, economizando esforços e possibilitando padronização dentro da instituição. As pessoas que trabalham em tais organizações, são limitadas pelas normas e regulamentos produzidos, muitas vezes, por elas mesmas, já que tais normas são, geralmente, decididas e escritas por membros da própria organização. Exemplos de organizações deste tipo são os hospitais, as universidades e as igrejas (Weber, 1971; Chiavenato, 1993).

Exemplos de situações como estas são encontrados nas falas dos profissionais de saúde, relativas aos procedimentos em geral (questionamentos nas consultas) ou em atendimentos ao parto (permanência de familiar em sala de parto, realização da episiotomia de rotina).

“Quando a gente atende dentro de uma estrutura como este hospital, um parto de maneira não convencional, a gente está infringindo as regras. Se qualquer coisa der errado, nós somos responsáveis e temos que assumir a culpa de não ter seguido a regra. Então há necessidade de termos a certeza de que não vai acontecer nenhum problema” (Ricardo).

Assim, numa universidade composta por elite de pensadores, supõem-se que um dos primeiros objetivos seja o ensino e o repensar deste ensino, reformulando situações e condições que melhorem o processo ensino-aprendizagem e, portanto, a maneira de pensar de toda a sociedade.

“A função da universidade é pensar e também, de fazer rotinas” (Ricardo).

As rotinas do serviço de obstetrícia do HCPA existem há 14 anos; o funcionamento das unidades de internação correspondentes inicia-se em 1980, três anos antes. A utilidade e a importância deste material, para o Serviço e comunidade, é grande. Sua publicação ocorre, pela primeira vez, em 1991. Atualmente, a terceira edição, contém reformulações.

Ricardo reflete sobre as mudanças de determinadas rotinas, as quais denomina manias, possibilitadas por estudos afins.

“Tem manias: eu me lembro que trabalhava no pronto socorro e quando

chegava alguém alcoolizado a gente fazia glicose com coramina na veia e o cara espirrava, e tossia, e espirrava... Não melhorava porre nenhum... . A pessoa com crise histérica fazer cheirar amoníaco, que chamavam a flor de maçã. Tinha pessoas que saiam da crise mesmo, mas aquilo era uma espécie de agressão, né? E a gente achava que era certo" (Ricardo).

"Acho que é como com a amamentação, por exemplo, da mamadeira, comparando: se pra mãe tanto faz, se ela não tem nenhuma dúvida, não põem nenhuma dúvida naquilo que o médico fala, ela vai aceitar, mesmo que ele diga: dê a mamadeira. Sem nem lutar por dar o mamã" (Bruna).

No passado, realiza-se parto hospitalar somente nos casos de risco materno ou fetal. Conforme Luz (1996, p. 84) aos poucos, há a "institucionalização do mesmo iniciando-se um processo de *desnormalização do parto*" (grifo da autora citada). No momento em que passa a acontecer fora do ambiente doméstico - no hospital - adquire novo valor para os profissionais da saúde que passam, então, a realizá-lo e a intervir no seu desenvolvimento fisiológico e no valor de participação social, desfazendo a imagem doméstica do nascimento .

Assim, quando o parto normal passa a realizar-se sob responsabilidade médica, há necessidade de modificá-lo para distinguí-lo das funções das parteiras e para que obtenha o status do profissional que o realiza, transformando-se, então, num ato cirúrgico. A mudança transforma, também, os profissionais da enfermagem - que até então realizam o parto - em executores de técnicas agregadas a nova dimensão do evento: tricotomia, enema e higiene corporal (banho de chuveiro) por ocasião da admissão hospitalar, determinadas como preparatórias para o parto, todos sob o status de atos cirúrgicos, além, é claro, da episiotomia realizada agora, de rotina.

8.2.1 Tricotomia

Provavelmente fruto da preocupação com a higiene e a estética, a tricotomia é utilizada como rotina de preparo para o parto no início deste século com o intuito de diminuir o risco de infecções maternas. Porém, a constatação de lesões visíveis e microscópicas na pele, em consequência da tricotomia, são consideradas porta de entrada de microrganismos, aumentando o risco de infecções, além de provocar

desconforto durante o crescimento de pêlos.

A modificação estética e transitória da genitália externa, provocada pela tricotomia total da região, é panorama normal durante décadas para o profissional que realiza o parto. A mudança dessa imagem provoca comentários como: *“acho estranho atender estas pacientes ecológicas; o pessoal vai ter que se acostumar a ver que o períneo da mulher que está parindo tem pêlos e não ficar constrangido por isto.”* O constrangimento, a que se refere o comentário deve-se ao caráter erógeno que os pêlos pubianos provocam, não condizendo com a situação da mulher em processo de parturição, cujo ato é santificado, negando-se sua sexualidade.

Martins (1990), ao investigar a validade da realização da tricotomia tradicional, afirma que toda rotina tem seus usos, porém quando se torna um ritual, a assistência ao paciente tanto de forma geral quanto particular, está alicerçada na base mais insegura de atendimento.

No HCPA, enfatiza-se a não realização da tricotomia fora do ambiente hospitalar, visto que a região considerada necessária para realização da episiotomia e episiorrafia vai do terço inferior do grande lábio esquerdo até a região anal. Portanto, realizar a tricotomia em período mais próximo ao parto, diminui os riscos de infecção.

“Geralmente elas vêm com uma tricotomia total na região e a gente explica que não é mais usado este procedimento visto que o local de realização da episiotomia é restrito a uma pequena região; que o pessoal que realiza o procedimento é treinado para não haver lesões, que o material é esterilizado, o que diminui o risco de infecções e foliculites além de evitar os efeitos desagradáveis quando do crescimento dos pelos” (Renata).

8.2.2 Enema

Em geral, é prescrição médica rotineira por ocasião da admissão da mulher ou quando o trabalho de parto se inicia para estimular as contrações uterinas, remover o conteúdo fecal do reto e favorecer a descida da apresentação fetal; desta

maneira, diminui a possibilidade de expulsão de fezes durante o parto e conseqüente contaminação dos campos estéreis e da episiotomia. Os fatores contra-indicativos (Burroughs, 1995; e Ziegel e Cranley, 1985) são o sangramento vaginal inexplicado, a bolsa rota, a pressão da cabeça do feto sobre a pelve e o reto, os quais dificultariam a eliminação do enema antes do momento do parto.

Paciornik (1991) afirma que no parto de cócoras as fezes dirigem-se para trás, as nádegas afastadas uma da outra, pela posição, não são atingidas. No parto em posição horizontal, as fezes também caem para trás, porém a proximidade do material fecal da região incisada e seu manuseio possibilitam complicações, por exemplo, a infecção.

As justificativas apresentadas durante as orientações das enfermeiras para a realização do enema, incluem a facilitação da saída do feto e diminuição de problemas hemorroidários.

“Tem até um caso que aconteceu com uma colega nossa, que não fez enema, e o nenê era bem grandão. Eu explico que as hemorróidas que ela apresentou foram por não ter feito o enema e explico, também, que serve para facilitar a saída do nenê” (Renata).

“Tem outras coisas: enema. Pra que fazer enema? Faz enema se precisa fazer, agora se não precisa fazer, não faz. Não é rotina. Mas a rotina diz que tem que fazer! Tem algumas coisas que a gente pode questionar se realmente é válido” (Ricardo).

8.2.3 Higiene corporal

Tanto a tricotomia quanto o enema, provocam sensações de sujidade: a tricotomia pela retenção de pêlos tricotomizados sobre a pele, e resíduos de sabão utilizados durante a técnica; o enema, em conseqüência dos efeitos na região anal e pele circunscrita, além da sudorese provocada pelas contrações do trabalho de parto sinergizadas pela aplicação do enema. Em conseqüência, o banho de chuveiro traz conforto, retirando as sujidades citadas, favorecendo o relaxamento e aliviando tensões.

8.2.4 Episiotomia

Conceito e indicações da episiotomia constam no item 4: *O referencial teórico*.

David (1993) e Magalhães (1988), relatam que a episiotomia é descrita e recomendada pela primeira vez por Fiel Ould em 1741 para mulheres que apresentassem dificuldades no parto. Surge como medida adicional, recurso para indicações específicas. A partir daí, há relatos esporádicos da realização da episiotomia e das discussões suscitadas desde então. Inicialmente, a incisão não é suturada e o auxílio à cicatrização é feito através de anti-sepsia com infusão de camomila na lesão, retirando urina e comprimindo as coxas da paciente uma na outra. Mesmo assim, à época, a incisão infecciona e são aplicadas terapias locais para a cicatrização, que ocorre, geralmente, em três semanas. No início do século passado surge a idéia de ao invés de uma, realizar múltiplas incisões no períneo (escarificação). Mas logo é renunciada e recomenda-se, então, dois cortes superficiais a um profundo. Para as eliminações utilizam-se laxantes e clisteres e retira-se a urina por meio de cateter. As mulheres permanecem deitadas durante semanas, com as pernas e coxas amarradas até a cicatrização. A anestesia na região surge apenas em meados do século passado.

No Rio Grande do Sul, a incorporação de residentes e doutorandos por 24 horas no hospital, e mais especificamente em obstetrícia, auxilia a propagação deste ato pelas escolas de medicina e, posteriormente, de enfermagem. A episiotomia é, então, técnica coadjuvante no ensino de incisões e principalmente sutura, abandonando-se, praticamente, as manobras de preparo e proteção do períneo para o nascimento, até hoje utilizadas em locais e países que não servem-se da prática de rotina da episiotomia, como Dinamarca e Holanda (Henriksen, 1994; Lydon-Rochelle, 1995).

“Quer queira ou não, é um procedimento cirúrgico muito bom pra aprender, então num hospital escola é ótimo que tenha episio pra fazer. Aí, então tem que aprender como se faz, como é que se costura, então nem se questiona” (Bruna).

“A formação do médico não é voltada pra isso. A formação da enfermeira não é voltada pra isso. A gente não aprendeu a fazer diferente. Não aprendeu a fazer de cócoras, não aprendeu a deixar acontecer, deixar a natureza atuar. A gente aprendeu a interferir sempre e os nossos alunos vêem isso: interferência sempre. Então isso é o normal, né? Fica como lógico alguém interferir” (Júlia).

Nestas falas constata-se que a primeira orientação de indicação para sua realização é a rotina da instituição. Ter rotinas escritas confere credibilidade às organizações, e o médico percebe e expressa a importância de os profissionais adotarem essas rotinas sob pena de sofrerem algum tipo de punição por parte da instituição, do meio profissional ou da sociedade a que pertencem (profissional e usuária). As rotinas são percebidas, também, como fator de dificuldade para mudança.

“O serviço de obstetrícia tem a obrigatoriedade de ter rotinas bem estabelecidas. Elas são como marcos de uma estrada: deve-se trilhar esta estrada *aqui* por dentro, seguindo estes padrões. Quem tem condições de sair *fora* das rotinas é alguém que deve ter alguma base, deve ter algum respaldo pra sair e talvez um ônus pra viver esta experiência: eu vou assumir uma fugidinha da rotina! Claro, ninguém é maluco pra inventar uma coisa como, por exemplo, parto pela orelha, ou coisa deste tipo” (Ricardo).

O fato de a episiotomia ser considerada normal, na área obstétrica em geral, dificulta reflexões sobre esta prática. Pelas falas anteriores, percebe-se o quanto a prática de uma conduta recria sua realidade, reforçando-a cada vez que é repetida e quando não permite a gestante outras alternativas para comparação ou escolha. A fala de Ricardo, quando diz que “*depende de cada um*”, explicita a soberania do professor quanto quem ensina e o que ensina, evidenciando a falta de supervisão e avaliação, também, a quem ensina.

“A permanência do professor ou contratado dentro da sala de parto, fazendo parto junto, ensinando, fiscalizando.... a episiotomia e episiorrafia de forma a não ocorrerem problemas de sutura como bordos mal aproximados não acontece muito. Poucos são os professores que entram na sala de parto. Como fazer isto? Depende de cada um, né? Muitas vezes se gasta mais tempo ensinando coisas mais fáceis, que ir lá pra dentro.(...) Também, estamos em pequeno número. A dificuldade que eu tenho nos plantões das sextas-feiras são os três níveis de aluno que eu oriento: os residentes, os doutorandos e os pequeninhos que são os estagiários. As vezes acontece

dos pequeninhos entrarem pra fazer parto comigo. Aí os residentes não aparecem...” (Ricardo).

A transição do saber das parteiras para o saber dos médicos, ocorre de forma tão salutar quanto o pretendido por estes últimos? Como e por que dissemina-se a episiotomia?

“A gente nem sabe como é que a episiotomia apareceu, né? Ela foi incorporada nos roteiros médicos na virada do século. Até então não existia a episiotomia. (...) Na nossa formação médica, temos acesso ao bloco cirúrgico no décimo semestre, como estagiário. Até este período não nos é permitido treinar sutura ou fechamento. A gente auxilia cortando fio e como doutorando é que vamos aprender a dar pontos. Alguns tem a felicidade de trabalhar fora, em algum pronto socorro ou auxiliar algum professor, mas boa parte dos alunos vão dar o primeiro ponto da vida, na pele de alguém, fechando uma episiotomia. E uma episiotomia não é uma coisa tão singela assim pra fechar: ela exige uma série de reparos e cuidados; as vezes a gente vê que estes cuidados não foram obedecidos” (Ricardo).

Acredito que a atenção ao parto prestada hoje, tem reflexo na atenção prestada há anos e nas questões históricas ligadas à mulher e à parturição. Enquanto as mulheres são mais unidas, quer em torno da fogueira ou do fogão, e os partos ocorrem entre as próprias mulheres, há uma avaliação mais individualizada, uma preocupação diferenciada em todas as situações que envolvem o nascer, ainda não tão científicas. Isto ocorre em Porto Alegre, até o início do século, quando a escola de parteiras ainda dita normas relacionadas ao nascimento.

“Aqui, em Porto Alegre, na escola de parteiras da Santa Casa, que deu origem à Faculdade de Medicina, era aprendido a zelar pelo períneo, proteger o períneo de tal maneira que quem deixasse romper um períneo, se houvesse uma laceração, perdia a folga do final de semana. Então elas faziam mil e uma coisas pra proteger o períneo” (Ricardo).

É necessário lembrar que a mulher “foi deitada” para parir muito antes da episiotomia tornar-se prática usual, não sendo, portanto, argumento determinante para sua realização o fato de a parturição ocorrer com a mulher na posição horizontal.

8.3 Informações e orientações sobre parto e episiotomia

O foco principal deste item é a maneira como os profissionais do presente estudo abordam a episiotomia durante sua ação com as usuárias. Os temas que emergem dos relatos das enfermeiras quanto às informações fornecidas sobre episiotomia, relacionam-se às **expectativas** das gestantes, à coerência do que é dito e pensado - **o dito e o não dito: silêncio e omissão**, ao **vínculo mãe-filho**, **questionamentos**, **posição para o parto**, **complicações**, bem como as **queixas** ouvidas e a **possibilidade de mudanças**.

Apesar das enfermeiras referirem que se estabelece uma relação de confiança entre elas e as usuárias, possibilitando esclarecimentos de dúvidas relacionadas ao que outros profissionais dizem, suas falas indicam limites marcados por influências pessoais, dificuldades em associar conhecimentos de anatomia e fisiologia da gestação e parto ao processo do nascimento, além das rotinas institucionais relacionadas a assistência prestada.

8.3.1 Expectativas

Desde o primeiro encontro com as gestantes, as enfermeiras trabalham a realidade imposta pela instituição, por exemplo as vagas disponíveis para o atendimento do parto no HCPA.

“Todas vem fazer o pré-natal com o objetivo de ganhar aqui e eu deixo bem claro que há riscos disto não acontecer. Pode ser chato e eu nem precisaria, mas eu sempre tento colocar a realidade” (Renata).

Não há informações disponíveis sobre o número de leitos para atendimento de mulheres no puerpério, através do SUS, nas Secretarias de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul ou do município de Porto Alegre. Há referências sobre o quantitativo de leitos obstétricos de cada hospital, onde estão incluídos os leitos para gestantes em trabalho de parto, de risco, com quadro de abortamento, de gestação ectópica e outros (quadro das unidades cadastradas no SIH/SUS - leitos

por DRS e por município, 1996).

Em averiguação direta em tais locais, constata-se que o número de leitos em unidades que atendem puerpério, é muitas vezes restrito a quantidade de AIH - Autorização de Internação Hospitalar - para cada instituição, mensalmente. Assim, uma maternidade de hospital geral, que possui 30 leitos obstétricos pode atender a um número inferior de partos pois sua cota de AIHs para todas as especialidades é de 80 por mês.

Há indícios que apontam para a redução de leitos obstétricos em Porto Alegre do ano de 1980 até hoje quais sejam: em 1984, fecha-se a maternidade do Hospital Beneficência Portuguesa que em seus últimos anos de funcionamento atende, preponderantemente, as usuárias da previdência social do país (Costa, 1992). O Hospital Universitário da Pontifícia Universidade Católica que até 1987 possui 40 leitos na maternidade, em 1996 recebe 14 puérperas do SUS (Rio Grande do Sul, 1997). A maternidade da Santa Casa de Misericórdia vem priorizando o atendimento de gestantes com outros convênios e privadas e o hospital Divina Providência reduz de 800 a 80 o total de AIHs para todas as especialidades disponíveis naquele local nos últimos cinco anos. Ressalta-se que o número total de maternidades em Porto Alegre é sete. No HCPA, local do estudo em questão, o número de leitos na maternidade mantém-se constante desde sua abertura em 1980 (40 leitos).

Enfatizam, em suas falas, que os eventos relativos ao ciclo grávido-puerperal são abordados em linguagem adequada, e integrados às ocorrências da gestação e parto, tanto nas consultas quanto nos cursos e grupos de orientação ao parto.

“A orientação que eu dou sobre o parto depende da gestante. Eu costumo colocar assim: sinais de alarme, sinais que exigem um atendimento imediato e sinais de trabalho de parto que são a contração, a ruptura da bolsa, como estará a dilatação, provavelmente, quando ela chegar ao hospital, além do que trazer de roupa” (Júlia).

“Aí elas chegam na emergência, são examinadas e vão baixar. Neste momento eu explico que elas são preparadas para o parto com uma mini

tricotomia, que eu explico sem usar estes termos, pra fazer o corte. Que não precisam se raspar toda em casa. Costumo usar slides. Falo da mini lavagem intestinal. Falo do banho completo. E daí elas vão pras salas de trabalho de parto” (Fernanda).

Para a abordagem das informações sobre episiotomia, não há roteiro escrito. Evidencia-se a omissão intencional de informações relativas à episiotomia, de complicações em decorrência da mesma. A informação sistemática existente é a realização de rotina. As gestantes que freqüentam os cursos de preparação ao parto recebem informações mais detalhadas do que as que participam somente da palestra. As gestantes que realizam consultas de enfermagem tem maiores possibilidades de trocas de informações do que as que realizam somente consultas médicas. Estas últimas, recebem pouca ou nenhuma informação sobre a evolução de sua gestação.

“Na consulta de enfermagem a gente fica um pouco limitada por causa do tempo. Na medida do que vão surgindo dúvidas a gente vai procurando ajudar, informar, orientar” (Bruna).

Nas informações sobre episiotomia ressaltam-se as facilidades para a mãe e o recém-nascido restringindo-as às situações de necessidade de encurtamento do período expulsivo, prevenção de lacerações e problemas ligados à eliminações urinária, intestinal e prolapso uterino.

“Em primeiro lugar, eu digo que encurta o tempo de expulsão, porque alarga o canal de parto. Com isto facilita, teoricamente, a saída do bebê: ele vai sair mais rápido, o canal está alargado, o esforço não é tão grande. Não desloca outros órgãos, como a bexiga e o próprio útero. Não há rupturas, eu falo o termo rasgar. São mais ou menos as coisas que a gente diz” (Bruna).

Paciornik (1991, p.54) acredita que a aludida distensão e perda da elasticidade de perineos não rotos deve-se a uma interpretação distorcida da realidade, visto que a musculatura da região não se comporta como a pele que perde seu poder de retração e elasticidade quando exageradamente distendida (estrias, por exemplo). Neste caso, as fibras musculares, *“dispostas em arcos, como se fossem parênteses, cercam as aberturas do assoalho pélvico, construindo os*

diafragmas anal, vaginal e vesical” capazes de readquirirem o poder de contração, e manterem-se aptos para suas funções de sustentação dos órgãos pélvicos e constrição para desempenho sexual, miccional e de defecação.

Outra expectativa de informação é a associada às fases evolutivas da gestação onde são evidenciadas diferentes maneiras de pensar entre adolescentes e adultas. Nas falas das enfermeiras predominam as situações relacionadas às adolescentes. As enfermeiras adequam os assuntos de acordo com as diferenças de idade das gestantes.

Nas expectativas das gestantes adolescentes, prevalecem os receios quanto ao parto, cuidados com o recém-nascido e amamentação.

“No primeiro encontro, que a gente fala sobre expectativas, o que a maioria diz é que tem medo do parto e quer aprender sobre o parto ou que tem medo de dar banho no nenê e quer aprender como cuidar do nenê. A gente sabe que por características da idade, as adolescentes têm uma predominância do pensamento concreto. Em função disto a gente não deixa de responder nada no dia em que elas perguntam. Elas não pensam adiante. Vai até o parto e o nenê. Aí aprendeu a dar o banho no nenê, aprendeu a amamentar o nenê, e acabou. Por isto o assunto parto, é falado com muita freqüência porque elas não vem querendo saber qual é o cuidado que devem ter com a alimentação...” (Fernanda).

No encontro destinado a noções sobre anatomia e fisiologia da gestação e parto, fica evidente o desconhecimento das adolescentes sobre o corpo.

“No segundo encontro a gente começa a falar sobre anatomia, fisiologia, fecundação e aí entra a epíseo. Quando eu falo de anatomia, eu mostro onde é o orifício de saída da urina. Explico que, geralmente, no parto vai ser feito um pequeno corte e as mulheres, depois do parto, tem medo de urinar porque acham que vai arder os pontos. Aí eu mostro que o canal da urina é lá em cima que a epíseo é aqui em baixo, que não arde porque não passa o xixi ali e tal. Vê-se, nessa hora, que muitas dessas meninas adolescentes não sabem que orifícios nós temos. Elas nunca se olharam, muitas acham que a urina sai pela vagina” (Fernanda).

A preocupação das equipes relacionadas às diferenças nos processos mentais de aprendizado entre adolescentes e adultas determina que o roteiro de

conteúdos a serem abordados e o material apresentado varie conforme as prioridades surgidas a cada encontro, dependendo do grupo etário. Assim, para as gestantes adultas mostram-se slides com pessoas; para as adolescentes, de bonecos, em sua maioria. Quanto à episiotomia, devido à avaliação de que as cenas são muito agressivas, mostram-se slides, de partes do processo, apenas às adultas. Das falas das enfermeiras emergem peculiaridades quanto às características da clientela adolescente.

Devido à evidência de dificuldades que o grupos de gestantes adolescentes apresenta frente à situações abstratas, constatação advinda da vivência com diversos grupos, as situações de risco, como os sinais que indicam a procura da emergência obstétrica, são enfatizadas com uso de terminologia adequada para melhor compreensão desta população.

“Vocês vão chegar na emergência obstétrica porque vai romper bolsa, vão ter contrações, sangramento vaginal, o nenê vai parar de mexer, ou vão pra 41 semanas e não aconteceu nada disto” (Fernanda).

Nos cursos para as gestantes adolescentes utilizam-se técnicas didáticas variadas como a dramatização, jogos, desenhos e cartazes. A dramatização do parto é considerada um dos pontos altos nos cursos. Para tanto, fornece-se material que as adolescentes solicitam, como jalecos brancos, seringas e agulhas, na medida do possível.

“No dia em que o assunto é trabalho de parto e parto e mais especificamente em relação à episiotomia eu costumo fazer, em primeiro lugar, uma dramatização. Elas dramatizam como acham que é. A gente não costuma interferir e deixa fluir até aquele nenê nascer. Depois revisamos em cima da dramatização que elas fizeram” (Fernanda).

A situação de puerpério e as dificuldades inerentes a este período são pouco apreendidas pelas adolescentes. Este momento está tão distante no seu imaginário, que é considerado inexistente até que a situação ocorra “no concreto”. Apesar do uso de diversas técnicas pedagógicas que permitem o fluir de dúvidas, o puerpério e as situações decorrentes do período passam a existir somente quando

dramatização. Elas dramatizam como acham que é. A gente não costuma interferir e deixa fluir até aquele nenê nascer. Depois revisamos em cima da dramatização que elas fizeram” (Fernanda).

A situação de puerpério e as dificuldades inerentes a este período são pouco apreendidas pelas adolescentes. Este momento está tão distante no seu imaginário, que é considerado inexistente até que a situação ocorra “no concreto”. Apesar do uso de diversas técnicas pedagógicas que permitem o fluir de dúvidas, o puerpério e as situações decorrentes do período passam a existir somente quando vivenciadas, constatando-se dificuldades para tornar o assunto permeável.

“Elas nem sonham de pensar, por exemplo, sobre puerpério. É uma coisa que está longe delas e não existe. Isto simplesmente não existe” (Fernanda).

A eliminação de lóquios, a possibilidade de tontura ao sair do leito no pós-parto, os cuidados com a higiene no puerpério, são situações que, mesmo trabalhadas, não são lembradas pelas adolescentes no puerpério. As enfermeiras relatam que utilizando aula informativa para este assunto, elas “dormem”; quando utilizados estímulos através de cartazes e desenhos associadas às informações verbais, o resultado é idêntico.

Constatam-se informações errôneas, entre as quais a de que os pontos vão até as nádegas.

As dificuldades de relacionamento das usuárias com membros das equipes médicas, entram no relato e são interpretadas pelas enfermeiras como comportamento de submissão, característico do modelo burocrático de organização, onde não se prevê atendimentos diferenciados para pessoas cujo motivo da consulta é o mesmo: a gestação.

“O R3 aqui não entra em consulta de pré-natal, praticamente. Ou é pra R1 ou é pra doutorando. O R2 geralmente fica pra gineco ou cirurgia. Então o que é que acontece: estas pacientes ficam, completamente, desorientadas. Até, provavelmente, por insegurança, eles não falam muito com a paciente. Tem pacientes que dizem que eles nem olham pra elas” (Renata).

8.3.2 O dito e o não dito: silêncio ou omissão

Questionando as enfermeiras sobre as informações fornecidas às gestantes relativas à episiotomia, respondem que não têm o costume de falar sobre o assunto, a menos que sejam indagadas, o que raramente acontece. As respostas e orientações são sobre a rotina e generalidades e não se discutem questões que fujam às regras estabelecidas pelo serviço.

As orientações fornecidas sobre episiotomia e as abordagens diferem em relação ao momento, ao profissional e à clientela. Nos cursos e palestras fala-se que a episiotomia é rotina, com a intenção, principalmente, de prevenir a mulher de possíveis surpresas.

“A população que nos procura não questiona muito. A gente nota isto nas próprias consultas” (Renata).

“Normalmente elas não perguntam porque que se faz, e isto é uma coisa que eu costumo dizer. É colocado que é feito de rotina. **Silêncio**” (Bruna).

Pelos relatos das enfermeiras, constata-se que, na consulta, a orientação sobre episiotomia é fornecida conforme o interesse e questionamento da clientela sobre o assunto.

“Se ela não me perguntar eu não falo. Se ela me perguntar eu comento que na instituição a rotina é o parto com episio em posição horizontal. Eu estou há uns dois anos só no pré-natal e, eventualmente, atendo puérperas. Todas com episio. Não tem nenhuma sem” (Júlia).

Ao verificar os relatos das puérperas, no item 7 - *Falando sobre episiotomia com as puérperas* -, constata-se a congruência de informações entre as puérperas e os profissionais.

“Em relação à episiotomia, é orientado que é uma rotina do lado esquerdo, aqui no RS. Ninguém questiona. Quanto a isto ninguém questiona nada” (Renata).

“Eu, no curso, ensino que a episiotomia vai acontecer como rotina, sim. A maioria são jovens de até 19 anos e primeira gestação. Como é praxe, no

HCPA, fazer episíio em primigesta, eu falo: como rotina” (Fernanda).

As enfermeiras percebem maior aceitação da rotina entre as adultas, pois sabem que serão submetidas ao procedimento e questionam a partir desta certeza, sem saber exatamente do que se trata.

“*Nunca* me questionaram a possibilidade de não fazer a episiotomia. Elas aceitam, tranqüilamente, que é uma rotina e que vai ser feito. (...) Não são colocadas outras possibilidades além do parto cesáreo ou com episíio” (Renata).

Na visão da pesquisadora, perde-se preciosa oportunidade para ações de educação á saúde da mulher. O pouco tempo disponível em período determinado é suficiente para gerar algumas mudanças, não só no comportamento das usuárias, mas também no dos médicos e enfermeiras. As dificuldades e dúvidas seriam outras se decorrentes de nova postura, e não as apontadas, a seguir, nos relatos.

“A minha percepção sobre o que oriento e o que penso sobre a episíio é coerente. Acho que sim. Eu acho que a episíio é bom porque eu já vi muita laceração de períneo feia por não ter sido feita episíio. Laceração em que a cicatrização não fica bem. (...) fico pensando no quanto a episíio ajuda neste sentido se acontece uma sutura correta ou uma laceração...” (Fernanda).

“Eu falo um cortezinho. Eu não consigo dizer pra ela que é um cortezão enorme. Assim como eu não digo que a agulha do sulfato de magnésio é **d-e-s-s-e** tamanho! Porque aí é mais agressivo ainda. Já é agressivo pra gente ver ou fazer estes procedimentos: pra mim, é. Ainda contar pra pessoa o tamanho da agressão, eu acho muito complicado. **Silêncio**. Só que dentro da estrutura que a gente tem, eu não vejo como fazer diferente” (Júlia).

As exigências da burocracia, limitam a liberdade e a espontaneidade da pessoa tornando-a progressivamente incapaz de “*compreender o significado suas próprias tarefas e atividades dentro da organização como um todo*” (Chiavenato, 1993, p. 428). Perde sua capacidade de ser flexível, restringindo-se a um desempenho mínimo, com pouca ou nenhuma iniciativa, criatividade e capacidade inovadoras. As maneiras de agir no trabalho terminam por permear o agir e pensar das pessoas em sua vida social. A grande eficiência seria, também, “*uma grande ameaça à liberdade individual e às instituições democráticas das sociedades*

ocidentais" (Idem, p. 429).

"Eu omito. Não falo que existe corte. Se ela me perguntar, explico como é, mas fico constrangida de falar de uma coisa que não concordo. Explicar como é e ao mesmo tempo não poder falar contra essa coisa, eu acho que só vai piorar a situação dela. Ela vai saber que é melhor não ter episio, mas vai chegar na hora e vai fazer. Fazem de múltiparas que não tiveram episio em partos anteriores! É bem difícil esse posicionamento de não dizer. Realmente, negar que seja feito, eu não posso. Estimular que brigue pra que não seja feito... eu acho complicado. Pelo tipo de profissional que a gente tem. Provavelmente, nos outros hospitais são assim ou piores!" (Júlia).

"Não coloco pra elas a minha experiência porque não tem nada a ver. A minha experiência fica guardada. Então fica assim: uma distância bastante grande entre o que eu sinto e o que às vezes eu acho que pode ser feito, que é mais ou menos semelhante ao que vai acontecer, né? Acho que não tem mais o que fazer...tem-se que trabalhar em cima do real (Bruna).

Constata-se que o assunto episiotomia gera desconforto na maioria das enfermeiras: falam o mínimo, o considerado necessário para que as gestantes saibam a norma da instituição e assim "*colaborem*"; orientam o que lhes compete conforme as normas da instituição; às perguntas, respondem o suficiente para evitar mais desconforto entre profissional e cliente. Assim, também submetem-se ao sistema, muitas vezes sem questioná-lo, e aos poucos, adquirem a capacidade para aceitar determinadas regras mesmo quando seus anseios enquanto profissionais e pessoas não coincidem, o que exige um nível de renúncia difícil de se manter.

O diálogo entre os profissionais envolvidos com o atendimento, em situações onde pode haver conflito, também deixa de ocorrer devido a tentativas frustradas de entendimento prévios entre os mesmos. O círculo vicioso mantém-se: a enfermeira tenta advogar em prol da cliente; há uma rotina estabelecida, absorvida pela maior parte dos profissionais envolvidos e colocada como argumento, mantendo-se a situação de rotina; a informação é transmitida à cliente que precisa aceitar para ser atendida.

"Conversar com as pessoas, não resolve. Ainda mais enfermeira conversar com médico: eles nem vão ouvir! Pelo menos é o sentimento que eu tenho" (Júlia).

“Não se questiona, também, a necessidade de fazer episiotomia e eu acho que é o outro extremo. Eu acho que é bem isto: se vai de um extremo pro outro. O meio termo é difícil!” (Bruna)

Durante as consultas enfoca-se os sinais de início do trabalho de parto, deixando para as colegas de outras unidades de trabalho a continuidade das orientações conforme as etapas vivenciadas. Isto vale tanto para experiências vivenciadas no centro obstétrico (admissão, preparo, conduta no trabalho de parto e parto) quanto para a unidade de internação obstétrica (deambulação precoce, higiene corporal, amamentação).

“Sobre o parto eu quase não falo. Não chego a entrar em explicações sobre o que vai acontecer. Se ela perguntar, sim. Mas não como foco da consulta. Oriento que as contrações vão ficar cada vez mais intensas e freqüentes, às vezes com dor, às vezes sem dor. E que quando estiver dentro do hospital, vai ficar algumas horas em trabalho de parto e aí ela será orientada” (Júlia).

“As orientações sobre cuidados com a episiotomia são fornecidas na internação. Quem faz pré-natal conosco sabe dos cuidados de higiene geral. Antes do parto não se diz... não se fala no curso, na consulta” (Bruna).

“Então eu não posso dizer antes, o que vai acontecer depois. Se eu pudesse, evitaria o problema e cobraria pela informação (risos). Quando ela vem e já aconteceu a complicação, eu oriento em cima daquilo que aconteceu. Se não aconteceu nada eu também não comento nada, não tem por quê, né? É em cima do que acontece” (Bruna).

E, por ora, a possibilidade do parto sem episiotomia sequer é abordada, a não ser como curiosidade, quando alguma mulher questiona.

“Não. Não são colocadas outras possibilidades além do parto cesáreo ou com epísio, mesmo sabendo que existe a possibilidade de ganhar noutro serviço porque a gente mais ou menos sabe o que acontece nestes outros serviços. **Silêncio**. Algumas perguntam: - “*se eu quiser fazer parto de cócoras? Acontece aqui no hospital?*” A gente pode até dizer: - “*de repente*”... Mas a gente sabe que hoje ninguém, aqui, faz” (Renata).

“Eu não conheço nenhum lugar em Porto Alegre que faça parto alternativo. Eu não oriento práticas alternativas, eu só digo que existem. **Silêncio**” (Bruna).

As normas e regulamentos internos do HCPA são uma espécie de legislação

própria que define o funcionamento da instituição e assim, a enfermeira não desempenha suas atividades fora da lei (do exercício de sua profissão), mas vê-se tolhida em determinadas atividades pelas normas e rotinas, percebendo-se, aí, como substituta do médico em sua ausência.

“Eu não sei porque eles não se incomodam com a gente fazendo pré-natal. O mesmo profissional que te conhece no pré-natal te trata de uma forma diferente na UIO. Lá, eles te tratam como se tu não soubesse das coisas. Eles te olham de maneira diferente conforme o lugar em que tu atua, como se fossem várias pessoas com várias competências diferentes: às vezes mais competentes, às vezes menos. O mesmo ocorre quando tu faz parto na UCO: quando é uma urgência ou eles estão em greve tu sabe fazer, mas fora isso tu não pode nem chegar perto da paciente; tu pode realizar o toque vaginal se o médico está em greve ou num congresso. Se não, tu não sabe tocar. É muito interessante isso! E é uma coisa muito difícil de se mudar, né?” (Júlia)

As atividades do atendimento pré-natal, de acompanhamento ambulatorial da gestação e as orientações nas consultas de enfermagem, cursos e palestras, são basicamente educativas e aceitas como atividades que a enfermeira pode e deve desempenhar. Porém, ações mais complexas, de difícil controle, atos cirúrgicos, ou que se distanciam mais do fisiológico, são consideradas atividades médicas que podem ser delegadas à enfermeira, mesmo sendo legalmente respaldada para estas situações.

Quando uma nova tecnologia é incorporada ao trabalho de uma determinada equipe, concentram-se ainda mais os conhecimentos técnicos nas mãos dos médicos, fortalecendo *“seu poder, frente ao restante do pessoal, que surge, cada vez mais, como pessoal auxiliar, derrotando assim a noção de equipe”* (Testa, 1992, p.170).

Para Testa (1992), as atividades cotidianas das enfermeiras desenvolvem-se como se fossem duas atividades simultâneas: a do seu trabalho concreto no cuidado aos pacientes e a que se desenvolve inconscientemente, em consequência das condições sociais geradas por esta prática, denominada função social.

Ora, para atendimento de qualquer um dos tipos de parto, são utilizadas,

atualmente, tecnologias invasivas no corpo feminino. Conscientizar profissionais e usuários para que não haja interferência no desenvolvimento do parto e no corpo feminino, sem orientar ou pedir licença à mulher é uma questão que deve ser discutida publicamente para que a dignidade e liberdade de profissionais e usuárias não fiquem ainda mais prejudicadas.

Porém, modificar algo aceito ou desconhecido, como é a episiotomia, implica uma série de decisões e conseqüências. Testa (1992, p.125) afirma que ao produzir-se uma decisão administrativa, ocorre uma *reação política* que caracteriza-se pelo "*apoio ou rechaço de grupos sociais interessados ou afetados pelo problema*", além de uma reação técnica caracterizada pelo "*tempo que a decisão leva para ser implementada até obter eficácia operativa*". A partir das respostas à decisão administrativa, criam-se novas reações políticas que manifestam a eficácia da decisão primeira.

Assim, a ideologia, conforme Testa (1992), "*o saber como uma visão do mundo, e a prática como construtora de sujeitos*" tem, no HCPA, um mundo restrito ao ensino e aprendizado médico da episiotomia nos partos vaginais, construindo um mundo de sujeitos aptos a submeter mulheres a esta prática predominante e de usuárias que, por desconhecerem ou não cogitarem outro tipo de parto, transformam-se em opressores enquanto profissionais e oprimidos enquanto usuários. Intermediando esta situação estão as enfermeiras que orientam a prática como rotina, validando este fazer.

8.3.3 Vínculo mãe-filho

Nos slides utilizados durante o pré-natal para explicar e estimular o vínculo da mãe com o filho que está por nascer, aparecem fotografias da mãe com o bebê no colo, em contato pele-a-pele e com a mãozinha no seio materno.

A colocação do recém-nascido no colo materno é um dos componentes introduzidos para a humanização do parto. Isto ocorre geralmente após submetê-lo a algumas práticas que têm indicações precisas na literatura, mas são rotinas no

HCPA. O aspirado gástrico faz parte destas práticas rotineiras; é realizado mesmo quando as condições do recém-nascido são tão boas que contra-indicariam tal procedimento. Os cálculos de pessoal de enfermagem, geralmente não prevêm número de pessoal que abarque as sobrecargas freqüentes de atendimento em salas de parto, impossibilitando presença e apoio humano junto à mulher que segura seu filho no colo enquanto são realizados procedimentos desconfortáveis relativos ao secundamento³⁰, revisão de trajeto e sutura da episiotomia, culminados com comentários como: *“ela nem olhou o bebê”* ou ela *“segurou tão mal a criança que quase deixou o filho cair”*.

Além das conseqüências possíveis da episiotomia para a mãe, Gerrits et al. (1994) relatam injúrias ao crânio fetal através de lesões causadas por objeto cortante na ocasião da episiotomia.

As enfermeiras estimulam a mãe para o contato com o filho recém-nascido através da voz, do olhar, do toque por ocasião do nascimento, já em sala de parto. De acordo com as enfermeiras, o preparo para a estimulação precoce inicia durante o pré-natal e continua durante sua passagem pela Unidade de Centro Obstétrico até a alta hospitalar. Esta interação é prejudicada na sala de parto, muitas vezes, quando há zelo excessivo do pediatra em relação ao recém-nascido que apenas mostra ligeiramente a criança à mãe. Há situações em que condições pouco favoráveis do recém-nascido ou da mãe também dificultam ou impedem tais condutas incluindo-se aí, a dificuldade da mulher em segurar o recém-nascido no colo durante um procedimento quase sempre desconfortável como é o da episiorrafia.

“A gente costuma insistir muito com a questão do vínculo, mas avisa que algumas equipes só mostram o bebê enrolado e levam pra salinha do lado” (Fernanda).

“Enquanto o nenê estiver sendo examinado a placenta vai estar saindo e, geralmente, quando o bebê volta pra ficar com a mãe, os pontos da episio vão ser realizados” (Fernanda).

³⁰ Secundamento: também chamado de dequitação ou dequitamento. É o terceiro período clínico do parto. Caracteriza-se pela expulsão da placenta e seus anexos.

Verifica-se que é atribuído às enfermeiras a orientação quanto ao vínculo mãe-filho e que a responsabilidade dos momentos de interação entre ambos é apenas da mãe e não da equipe da sala de parto como um todo, uma vez que é submetida à episiorrafia enquanto segura o bebê. Terminada a sutura, o recém-nascido é encaminhado à sala de admissão da unidade de internação neonatológica para manter aquecimento e realização de procedimentos. Assim, segurar o recém-nascido é uma concessão no período em que é realizada a sutura. Este ato só será possível novamente quando o recém nato obtiver alta para o alojamento conjunto.

8.3.4 Os questionamentos

Não é habitual às usuárias questionarem sobre procedimentos médicos, embora, às vezes, o façam. Costumeiramente pouco perguntam, e muito menos em relação à episiotomia. Durante as consultas, o atendimento individualizado propicia uma interação maior entre profissional e cliente, porém os questionamentos são mínimos. E as enfermeiras, ao responderem as dúvidas das usuárias, evidenciam as incoerências de seus discursos.

Independente da faixa etária, as indagações mais freqüentes das usuárias, citadas pelos profissionais, são: *o que é episiotomia? Realmente é preciso fazer este corte? Como é feito? Como é realizada a anestesia? Quem realiza? Onde é aplicado o anestésico? A anestesia dói? Quantos pontos são dados?* As respostas são fornecidas nos grupos ou individualmente à medida em que surgem e, a seguir, transcreve-se o que dizem os profissionais ao serem questionados pelas gestantes.

•Quando a gestante questiona: *"O que é episiotomia? Realmente é preciso fazer este corte?"*

"Por que é feito isto? Nós aprendemos e nós repetimos pras pacientes algumas coisas como: a episio é para aumentar o canal do parto, facilitar a saída do nenê (ele fica menos parado ali), evita que a mulher tenha rupturas que mais tarde venham ocasionar quedas de bexiga, queda de útero, etc.

Esta é a explicação que mais ou menos a gente dá e que a gente se auto-convence de que isto assim é verdade” (Ricardo).

“Elas comentam: *O doutor disse que eu vou fazer cesária ou parto normal. Mas o parto normal não é isto aí. Vai ser feito um cortezinho... episiotomia, não é?*” (Renata)

Constata-se, na fala dos profissionais, a dúvida quanto a necessidade de sua realização rotineira, e as explicações recebidas levam a mulher a crer que em qualquer parto sem episiotomia ocorrerão rupturas da musculatura, cistocele ou dificuldades no relacionamento sexual. Estas informações lembram palavras das próprias mulheres que, conforme Renata, dizem: *“a fulana não pode tossir nem espirrar que se mija toda. Se fala muito que a fulana depois do parto não presta mais pro sexo. Ou: fulana teve hemorróidas.”*

De acordo com as enfermeiras, utilizam-se várias técnicas pedagógicas para orientar sobre a episiotomia e enfatiza-se a prevenção, nem sempre possíveis, mesmo num parto com episiotomia, como lacerações, reto e cistoceles.

“Explico que episiotomia é pra evitar rupturas dos músculos que seguram o períneo: as histórias da bexiga caída das avós. Coloco slide que eu tenho: que rasgue ali, mostro a anatomia. Faço um círculo no quadro e “corto” com o dedo molhado, dizendo o que acontece neste raio. Se abrir aqui, aumenta o raio pro nenê nascer” (Renata).

Há situações em que a rotina da episiotomia não é informada com clareza para a gestante múltipara, pois ela poderá chegar no ambiente hospitalar em franco período expulsivo. Porém, a observação e a vivência no trabalho de situações semelhantes induzem os profissionais á crença de sua obrigatória realização sem a necessária avaliação individualizada.

“Algumas dizem: - *mas eu tenho quatro filhos, será que eu preciso fazer uma episíio? Acho que a gente tem que falar o real. Respondo: - acho que a senhora vai fazer*” (Renata).

“Eu tenho uma paciente que teve dois partos domiciliares sozinha. O terceiro nasceu a caminho do hospital. No quarto filho, eu disse: *Tu não espera muito tempo em casa. Tu vem logo pro hospital. Tu é o tipo de pessoa que, provavelmente, não vai nem precisar levar corte, mas, talvez eles façam corte*

em t^o (Júlia).

Na ficha de inscrição para os cursos consta o número de gestações e partos da mulher inscrita, cuja informação é aproveitada pela enfermeira para incentivar o diálogo em grupo, e explicar a possibilidade da não realização da episiotomia em gestantes que tiveram outros partos vaginais, como a situação de Zilda, uma multipara de quatro filhos que resolveu fazer o curso porque seu filho mais novo “já esta grande.”

“Até pode ser, dona Zilda, que a senhora ganhe o bebê dentro do taxi ou no pré parto. Aí as outras pacientes dizem: - Bah! Mas meu Deus, acontece isto? Não tem nada de mais, respondo. O parto como o nome indica, é normal. Então pode ser que a senhora não precise nem vá fazer. De repente, quando a senhora vê, já ganhou o nenezinho. Depois eles fazem uma revisão de trajeto, como a gente chama, para verificar se a senhora precisa fazer alguma sutura de laceração” (Renata).

Nota-se, em diversas falas das enfermeiras, a sensação de sentirem-se agredidas ao informar a realização da incisão perineal de rotina.

“Eu não posso garantir que não vão cortar, porque aqui todo mundo é cortado. Eu tive que dizer isso, mas é muito desagradável! Tu sabe que provavelmente ela não vai precisar. Mas tu sabe que, provavelmente, eles vão fazer. É agressivo falar, né?” (Júlia)

•Quando a gestante questiona: *“Como é feita a episiotomia? Como é realizada a anestesia e quem a realiza?”*

Constata-se a dúvida sobre o que responder e a necessidade de apresentar justificativas à usuária para que coopere durante o procedimento.

“Eu não dou orientação especificamente sobre a episiotomia. Eu, as vezes, explico que ela vai ser anestesiada, vai ser feito um corte, “um cortezinho”- a gente fala. E algumas me fazem perguntas com medo da episio, de sentir dor: relatam histórias anteriores de ter sido feita sem anestesia. E aí eu falo sobre a episio nesse sentido: que é pra ter anestesia” (Júlia).

Ao falar em anestesia, muitas mulheres relacionam sua aplicação ao anestesista, daí a dúvida de como é realizada, quem realiza e qual o efeito produzido sobre a dor do parto e durante episiotomia.

“No momento do parto, eu costumo dizer, que, geralmente, na primeira contração forte que elas tiverem, o obstetra vai aproveitar que toda a região do períneo vai estar distendida e vai dar uma anestesia na região. Na próxima contração vai ser solicitado pra fazer força e será dado um pequeno corte. Na terceira ou quarta força o nenê vai começar a nascer. Claro que nem sempre é bem assim, as vezes é mais demorado. É isso que eu costumo falar” (Fernanda).

•Quando a gestante questiona: *“Onde é aplicado o anestésico? A anestesia dói?”*

“Esta é uma das perguntas que aparecem. (Se dói, imagina, uma injeção ali: um lugar tão delicado! Se dói uma injeção no braço, que dirá uma injeção lá, né?” (Bruna).

Existem fatores que dificultam a realização ou efeito adequado da anestesia da região perineal para a episiotomia, ligados ao incômodo que tal procedimento provoca no momento em que é realizado, entre os quais a dificuldade da mulher em colaborar para a devida localização da região onde deve ser administrado o anestésico. Cabe lembrar que a realização da episiotomia ocorre quando o feto encontra-se numa determinada altura em relação as estruturas ósseas da bacia, próximo a expulsão. Neste momento, o desconforto da gestante poderá dificultar a infiltração adequada do anestésico, ocasionando analgesia insatisfatória tanto para a realização da episiotomia quanto para a sutura.

“Ela é orientada que será anestesiada antes. Ela vai sentir é a dor da anestesia, que dá uma ardência e que pra sutura também não deve doer porque tem que ter mais anestesia” (Júlia).

A mulher, por vezes, recebe orientações nem sempre correspondentes à realidade vivenciada, impedindo que momentos de interação entre mãe-filho sejam vividos precoce e adequadamente. A questão do incentivo à formação do vínculo através do aconchego do bebê no colo, é enfatizada pelos profissionais do estudo e

as mães são avisadas quanto às condutas de algumas equipes em considerar mais importante o atendimento das necessidades médicas relacionadas ao recém-nascido, mesmo quando ambos encontram-se em condições de permanecerem juntos em sala de parto. Estas condições são favorecidas pela permanência de algum profissional ao lado da puérpera enquanto o recém-nascido permanece em seu colo enquanto realizam-se os procedimentos referentes ao secundamento, revisão de trajeto e episiorrafia.

As queixas de dor em sala de parto, durante a realização da episiorrafia, são freqüentes, variando de intensidade conforme sensibilidade e tolerância de cada mulher. De acordo com a vivência profissional da pesquisadora, a intensidade do desconforto provocado pela dor, geralmente expressa em gemidos e movimentos de fuga ao toque doloroso nem sempre é percebida pelos médicos. Com freqüência, estes profissionais irritam-se com estas manifestações ao não conseguirem controlá-las nem mesmo com a infiltração de mais anestésico, tornando a experiência da sutura um evento desagradável, dificultoso e prolongado tanto para quem se submete quanto para quem o realiza.

“As vezes, o procedimento da anestesia local não é adequado impedindo, até, um bom relacionamento da mãe com o filho. A mãe reclama da dor da sutura: ela queria estar com o filho mas ela não agüenta. Tem que infiltrar mais. As vezes tem que tomar Petidina ou coisa que o valha” (Ricardo).

•Quando a gestante questiona: “*Quantos pontos são dados?*”

É bastante comum a curiosidade das mulheres sobre o número de pontos para a episiorrafia. Há fantasias relacionando o número de pontos ao tamanho da incisão. À pergunta sobre quantos pontos vão levar, as enfermeiras respondem que, externamente, podem ser 4-5 ou um ponto só, se for sutura intradérmica. A sutura intradérmica é bastante utilizada em períneos de adolescentes, revelando a preocupação estética dos médicos quanto à integridade e imagem corporal de mulheres mais jovens.

“Elas perguntam muito. Quantos pontos se leva. É verdade que pode ter 30

pontos? 90 pontos? Que tamanho de episio que a senhora já abriu?” (Renata).

“Se elas perguntarem quantos pontos levaram o que vai ser respondido é: 4-5 pontos externos ou um só se for ponto de plástica. Mas levaram muito mais internos” (Fernanda).

Os motivos da realização da episiorrafia com “*cat gut*”³¹ ficam claros quando o médico comenta as deficiências no atendimento puerperal através do sistema de previdência social do país. Não há lugar para o atendimento da puérpera neste sistema: “ela não é mais do pré-natal uma vez que já ganhou o filho e também não é uma paciente ginecológica.” Assim, a episiorrafia é realizada com fio “*cat gut*” que, por ser absorvível, é contra-indicado para a pele. E não sendo necessária sua retirada, conseqüentemente não se realiza a vigilância desta sutura igual a que se faz por ocasião da retirada de pontos de qualquer sutura de pele atendida nos serviços do SUS no país. O prazo para retirada dos pontos de sutura com fio não absorvível varia de uma a duas semanas, no máximo em dez dias. Portanto, se a permanência do “*cat gut*” for superior a este período o fio provoca uma certa solução de continuidade entre a pele e o subcutâneo, favorecendo infecção e uma cicatriz com aparência de uma espinha de peixe.

“Agora eles suturam a episiotomia *categute* e por isto os pontos estão caindo sozinhos... Antes a gente retirava os pontos porque era com mononylon” (Júlia).

“A única situação em que se vê dar pontos na pele com *cat gut* é nas puérperas. E os pontos vão caindo sozinhos. As vezes caem em uma semana. As vezes caem em duas semanas. E as vezes caem em muito mais tempo...” E o médico nem fica sabendo como é que ficou a episiotomia que ele fez e assim avaliar o grau de descuidado ou cuidado que teve ou precisa ter com a episiotomia” (Ricardo).

Há estudos que comparam o uso de *cat gut* e outros fios, em procedimentos cirúrgicos ginecológicos. Uma das constatações do estudo de Cabrera (1990) é que os pontos realizados com *cat gut*, tendem a soltar-se em setenta e duas horas, além

³¹ *Cat gut* ou *categute*: fio para sutura de estruturas internas de seres humanos, fabricado a partir do intestino de carneiro e por isto receber nome de animal assemelhado. Quando vem com agulha montada ao fio, possui características arredondadas, também impróprias para sutura da pele.

de formar um diâmetro de tecido cicatricial ao redor da sutura, às vezes duas vezes maior em relação a outros tipos de fio.

“Bom, geralmente quando elas retornam já caíram os pontos que são feitos com *cat gut*. Elas retornam em uma semana, dez dias, conforme a agenda” (Renata).

O tempo de realização da episiorrafia é apontado por todos os profissionais entrevistados, como excessivo, principalmente por ser realizado por pessoal em formação. As mulheres referem câibras devido ao tempo de permanência na mesma posição, sem contar com as dificuldades para interação precoce mãe-filho.

“É claro, que isto aqui é uma hospital escola, e a gente sabe que, às vezes, o que mais demora é a sutura da episio. As vezes são R1, sem nenhuma experiência, e aquilo demora e demora, demora, demora... Elas relatam que a experiência do parto foi boa mas, ficar lá com câibras nas pernas devido a posição atrapalhou muito e dizem: - "*o doutor demorou uma hora e meia pra me costurar.*" Atrapalhou quando chegaram ao alojamento conjunto, atrapalhou quando elas chegaram em casa, atrapalhou dez dias depois do parto, e ainda tá atrapalhando quando elas voltam aqui. Eu não costumo dizer isto pra elas. Não antecipo uma situação ansiogênica, mas eu costumo dizer que não é um procedimento tão rápido quanto elas gostariam” (Fernanda).

Tanto durante a gestação quanto durante a revisão do parto, poucas mulheres questionam possibilidades de infecção ou de alteração de sensibilidade na região da episiotomia e sobre as indicações e necessidade do procedimento, indicando uma aceitação silenciosa do procedimento.

“O que elas comentam das episios... **(silêncio)** A minha experiência é que elas não comentam muita coisa. Pelo menos as que têm feito pré-natal comigo, poucas têm feito infecção de episio. Nem infecção, nem dor ou coisa assim. Também nunca me questionaram a possibilidade de não fazer a episiotomia. Elas aceitam, tranquilamente que é uma rotina e que vai ser feito” (Renata).

“Na consulta de puerpério, eu não lembro de ninguém que tenha perguntado porque foi feita a episiotomia ou se tinha que fazer” (Bruna).

8.3.5 A posição vertical para o parto

O tema episiotomia relaciona-se à posição do parto pois, por filosofia, no parto de cócoras não é feita a incisão e, talvez, este seja um dos motivos para a solicitação de informações sobre este tipo de parto.

“A episiotomia no parto de cócoras, por filosofia, não precisa ter” (Ricardo).

“Falo que a posição que ela fica, não é, no meu ponto de vista, a melhor posição pra se ter um filho. Que seria melhor se fosse de cócoras, mas que a instituição não tem essa prática, né? Que por isso é feito o tal do corte e que em princípio não deve doer” (Júlia).

Paciornik (1991), adepto do parto de cócoras, pondera que, durante este tipo de parto nada impede que seja aplicado fórceps ou realizada a episiotomia com vantagens, quando houver carência de cuidado médico. Paciornik (1991) em relato de sua experiência com mulheres civilizadas indica que 87% (14 000) delas tiveram partos espontâneos, de cócoras, raros com episiotomia e em 30% das primíparas não houve rupturas perineais. Nas demais, a laceração corresponde apenas à abertura necessária para o nascimento e é suturada sem dificuldades. Afirma que na episiotomia o médico corta o quanto julga necessário e, muitas vezes, mais do que precisa: *“quando corta menos, a abertura fica insuficiente, a cabeça da criança se encarrega de ampliá-la, rasgando-a, por vezes, com exagero e em direção desvantajosa”* (Paciornik, 1989, p.603-4). Afirma, também, que na posição deitada, a mesa empurra as nádegas, juntamente com o cóccix, para cima, estreitando o canal vaginal; na posição de cócoras, os músculos que cercam a vagina abrem-se e o cóccix bascula para trás quando a gestante inclina o corpo para a frente, aumentando ainda mais o canal do parto. E, na mulher deitada, o canal do parto é uma curva dirigida para cima, fazendo com que os esforços expulsivos sejam maiores do que na mulher acocorada, na qual o canal de parto é transformado numa descida para baixo.

“O parto horizontal me parece muito mais difícil pra mulher, então a episio talvez seja necessária nesse tipo de parto devido à posição no momento. Mas no de cócoras, não tem por quê. E eles fazem mesmo no de cócoras.

Quando alguém consegue fazer de cócoras eles ainda fazem episio pra garantir.... garantir que não rasgue. A idéia é essa” (Júlia).

São utilizados mecanismos para aproximar a mulher da posição vertical, quando deitada na mesa de parto, porém, ao recliná-la para frente e para baixo, seu dorso permanece apoiado à mesa e os membros inferiores continuam sem adequada estrutura de apoio aos esforços expulsivos.

Paciornik (1991) relata sua experiência de partos espontâneos na posição de cócoras, com mulheres de origem européia (polonesa, alemã, italiana, suíça, sueca), sem interferência de profissionais. Para o autor, toda mulher sabe parir de forma natural, independente de sua procedência e preparo, se ninguém a perturbar com ensinamentos artificiais. Ao parteiro é dispensada qualquer participação ativa, a menos que assim se fizer necessário: ele é reserva de segurança que vigia os desvios da normalidade. Na estatística do HCPA, o percentual de partos com episiotomia é de 86,7% do total de partos vaginais; para Paciornik (1991), o percentual próximo, 87%, (quatorze mil mulheres), refere-se, porém, ao total de nascimentos através de partos sem episiotomia.

“A gente sabe que é a vida que prepara. Curso nenhum prepara ninguém. Não se espera que elas tenham comportamento dez, como elas às vezes ficam imaginando. Não é nada daquilo. Mas a gente faz assim, né? (...) A gente entra com a parte de orientação do que vai acontecer e do que se espera que elas façam” (Bruna).

“Na cabeça das mulheres também tem isto. Elas não podem ter filhos sozinhas, elas não podem ter filhos acocadas, elas não têm competência! Eu acho que o profissional reforça isto. O sistema todo reforça. Porque falando e pensando assim, também, estão reforçando” (Júlia).

Algumas mulheres adultas solicitam informações sobre o parto de cócoras. As adolescentes não demonstram esse interesse, deixando-se levar pelas informações recebidas. As respostas fornecidas às adultas restringem-se à realidade existente: não há possibilidade no hospital do estudo.

“Há várias gestantes que querem saber sobre o parto de cócoras. As meninas não: as meninas estão na corrente das informações. Elas não

perguntam isto” (Bruna).

“Algumas perguntam sobre o parto de cócoras. E eu costumo dizer que aqui no hospital de Clínicas não se faz de rotina. Que não é qualquer profissional da saúde que é treinado pra fazer o parto de cócoras” (Fernanda).

Caldeyro-Barcia et al. (1982) permitem às mães a escolha da posição mais cômoda para o nascimento de seus filhos, verificando que é eleita com maior frequência a posição sentada em cadeira especial, com os membros inferiores fletidos em posição que assemelhada à de cócoras. Ricardo lembra a surpresa e a satisfação quando realiza seu primeiro parto de cócoras. Lembra, também, as dificuldades individuais de cada gestante em cada gestação, determinantes na escolha adequada da forma de nascer.

“O primeiro parto que eu fiz de cócoras foi de uma professora de yoga, toda alternativa... ela queria parto de cócoras e teve um parto muito bonito! Ela se surpreendeu com a facilidade. Eu também me surpreendi da facilidade do parto. Ela sentiu-se muito melhor, muito mais feliz. A partir daí eu passei a ter menos medo de atender de maneira não convencional. (...) Para algumas pacientes, que queriam parto de cócoras e vieram a nossa procura para este tipo de parto, infelizmente, não foi possível. Outras não imaginavam ter parto assim, e tem. Lembro de uma com quadro de toxemia muito grave e retardo de crescimento fetal intra-uterino. Ela teve que ir à cesárea eletiva, de um feto prematuro e sentiu-se muito frustrada porque não era o que tinha previsto. Só que havia uma indicação formal de interrupção e no final ela entendeu” (Ricardo).

Quando há riscos materno ou fetal, apesar das expectativas, há a possível frustração da mulher. Quando vividas adequadamente, estas intercorrências são superadas com mais facilidade. Para Rodrigues (1997, p.17-51), *“bom parto é aquele possível para cada mulher”*, desde que mãe e bebê fiquem bem. *“O melhor parto é o que combina os aspectos intuitivos da sabedoria feminina aos recursos disponíveis da medicina moderna.”* Isto não depende somente do pessoal da saúde e da instituição que a atende mas, principalmente, do trabalho pessoal de cada mulher e do pai do bebê quando disposto a viver um processo de crescimento interno e externo.

A prática quase que inexistente de partos sem episiotomia e de cócoras nos

hospitais do Rio Grande do Sul e o fato de não ser o mesmo médico a acompanhar a gestante desde o pré-natal, são os motivos relatados para a não orientação destes procedimentos.

“A dificuldade, hoje em dia, pelo que a gente tá vendo, são as possibilidades alternativas. Aqui em Porto Alegre a gente não vê. Florianópolis até que tem. Um ex-residente do HCPA está lá. Há outras pessoas, como um obstetra carioca, fazendo parto de cócoras lá. Então, eu acho que em Santa Catarina há mais possibilidades, mais pessoas que acreditam que pode ser diferente. Mas aqui, no nosso meio, o pessoal que eu conheço parece muito distante disso. **Silêncio**” (Júlia).

Todas as enfermeiras referem-se ao período em que o professor (Ricardo) da Faculdade de Medicina da UFRGS utiliza esta prática, tendo sua conduta seguida por um residente. Este último continua realizando parto de cócoras em outro estado do Brasil.

“Já teve situação de paciente que queria muito e deu a casualidade de, no dia do parto, ser uma equipe que tinha o professor treinado. No dia em que ele estava de plantão, permanecia orientando no centro obstétrico e alguns residentes aprenderam a fazer, com ele, o parto de cócoras. Havia alguma possibilidade. Eu não costumo explicar como é o parto de cócoras” (Fernanda).

Duas enfermeiras visitam o serviço de Paciornick, em Curitiba, e refletem sobre o que vêem no período em que lá permanecem.

Uma delas considera interessante o fato de ninguém ter realizado qualquer orientação á paciente, dando-lhe oportunidade para fazer o que sentia vontade, durante o parto de cócoras. Segundo seu relato, "*pariu sozinha tendo um ótimo desempenho.*" A parteira, presente para atender alguma intercorrência imprevista, apenas segurou a cabecinha do nenê e suturou uma laceração. Depois, a paciente levantou da mesa, vestiu-se, pegou o nenê no colo, entrou no elevador e foi caminhando para o quarto com o marido. A enfermeira fica maravilhada com a atuação da mulher e estranha o fato de a mulher retirar, apenas, parte de suas roupas, vestindo-as ao sair da sala. Também observa a diferença na forma de

atendimento da criança, em relação a do atendimento no HCPA; a ausência de pediatra na sala e o receio de o recém-nascido esfriar ao ser colocado imediatamente ao colo materno, parecem-lhe cuidados “*meio soltos demais!*” (Júlia)

A enfermeira citada possui motivação inicial para a aceitação do parto de cócoras, sem episiotomia. Desde quando enfermeira da UCO, ouve de Ricardo as menções sobre este tipo de parto. Conta sobre recém-nascidos de 4500 g, nascendo com a mãe na posição vertical, provocando apenas lacerações pequenas, sem nenhuma consequência. Examina primeiro períneo, após um parto de cócoras, de uma amiga. Acha-o horrível e muito edemaciado mas surpreende-se, no dia seguinte, ao verificar que se encontra em excelentes condições e a amiga sentindo-se muito bem. Vê um “*evoluir rápido e sem dramas maiores para a mulher.*” A partir daí começa a considerar o melhor tipo de parto e lamenta nunca ter realizado um parto assim.

“É superbonito, maravilhoso!” Eu acho, mesmo, que é o melhor tipo de parto” (Júlia).

Os relatos revelam que no parto de cócoras há cuidados relativos à preservação da intimidade da família e o nascimento é considerado um acontecimento único a ser plenamente vivenciado. O “clima “ na sala é mais afetivo e muito mais tranquilo, o que não justifica sua ocorrência no domicílio pois não possui infra-estrutura adequada para atender possíveis complicações que não podem ser subestimadas ou esquecidas.

“Quando a mulher tá deitada, e faz-se a epísis, a gente comanda o parto: faz força, força, força aquela gritaria danada...No parto de cócoras a gente não comanda o parto: quem comanda o parto é a dor da distensão do períneo, quer dizer, a mulher vai dosar a força da contração muscular abdominal, trancar a respiração de acordo com o que ela vai sentindo de dor. Ela vai conter..., ela faz mais força..., alivia um pouquinho..., faz mais um pouco..., e vai dando tempo do períneo se distender” (Ricardo).

A outra enfermeira a visitar o serviço de Paciornik, relata as condições em que o parto de cócoras é realizado na clínica em Curitiba: de rotina, e pondera a

necessidade de abreviar os períodos expulsivos mais longos, considerando outro extremo o fato de não se realizar a episiotomia nestas ocasiões.

“Falo que lá, de rotina, elas já sentam prá ganhar de cócoras e a não ser que não dê certo, elas vão prá cesárea. (...) Lá na clínica de Curitiba é bem isto: muitas vezes precisaria. Prá que um período expulsivo tão longo daqueles? Prá que não ajudar um pouco? Acho que cai no outro extremo” (Bruna).

Com o decorrer do tempo, são desenvolvidas adaptações para o atendimento do parto vertical no hospital onde realiza-se o presente estudo. Desta forma, surge a cadeira de parto, uma tecnologia não necessária para que o parto de cócoras ocorra, conforme demonstram a história e os relatos de Ricardo. No HCPA, mesmo antes da existência da cadeira, acontecem partos na posição vertical, momento em que os profissionais além de preocuparem-se com as condições físicas e emocionais da mulher, precisavam improvisar o ambiente físico da sala e administrar as dificuldades que os preparativos para este tipo de parto provoca.

“Era uma parafernália na sala porque não tinha ainda a cadeira. Era sempre enjambrado no canto da sala com a mulher se segurando nas pernas da mesa de parto. Ficava todo mundo de cochicho, como se fosse uma coisa muito maluca” (Júlia).

“Nós fizemos muitos partos de cócoras antes da existência da cadeira. Algumas coisas muito interessantes e extremamente profundas em termos de relacionamento de casal ocorreram: os dois abraçados um em frente ao outro..., os dois de joelhos e a mulher tendo o filho... mulheres ajoelhadas...” (Ricardo).

A cadeira de parto, segundo o médico, apresenta alguns inconvenientes: é muito grande, pesada e não tem rodinhas, o que dificulta a mobilização necessária à limpeza do ambiente.

Quando iniciada a presente pesquisa, a sala para parto de cócoras não existe mais como tal. Porém, quase ao término da presente dissertação (em reunião com os entrevistados - terceira etapa da pesquisa), constata o retorno da sala ao seu objetivo anterior, mantendo-se a cadeira para parto de cócoras, junto à mesa para parto convencional, reduzindo os transtornos quanto à mobilização, a limpeza

da cadeira e preparo da sala.

Os motivos alegados, à época, para a desativação da sala e cadeira de parto são a ausência do residente que realiza este procedimento, o aumento da procura de vagas hospitalares por gestantes para assistência ao parto, além da diminuição da atuação do médico entrevistado.

“Não faço mais partos sem episiotomia como há alguns anos atrás. Diminuiu!” Não porque eu tenha deixado de gostar de parto de cócoras, mas porque eu não tenho tido oportunidade de fazer partos e os residentes, alguns gostariam de fazer, outros ficam em dúvida, mas a massa de atendimento não é essa” (Ricardo).

Os motivos apontados para a redução do atendimento através do parto de cócoras são: o decréscimo do número de mulheres da clínica privada, nos últimos anos, em consequência da política econômica do país; a falta de prestígio deste tipo de parto frente ao preconizado pela Escola Americana de Ginecologia e Obstetrícia, modelo para a comunidade obstétrica do HCPA; o aumento da taxa de ocupação das salas de parto, fazendo com que a sala para parto de cócoras, com mesa construída especificamente para este fim sofresse modificações para atender às necessidades do serviço conforme sua rotina; a falta de orientação aos alunos sobre o parto sem episiotomia. Este último fator evidencia a falta de orientação, acompanhamento e preocupação dos professores em proporcionar ao aluno, condições educativas para desenvolver com atitude crítica o ensino acadêmico e agir com eficácia na sua prática.

A estranheza inicial da equipe, quanto à atuação de Ricardo, revela-se através dos cochichos enquanto ocorre o parto de cócoras ao mesmo tempo em que é percebido como ato mais fisiológico, natural, estético e por isto vivido de maneira mais humana, onde sentimentos são priorizados em detrimento de tecnologias cirúrgicas. A evidência de um clima que favorece a expressão de sentimentos e atitudes é constatada na fala do médico.

“No parto de cócoras ninguém grita, ninguém fala nada. É um silêncio...! É muito mais bonito! Muito mais misterioso... Parto deitado não tem motivo de

comemoração mas o parto de cócoras é sempre uma comemoração. Uma choradeira! Todo mundo fica extremamente emocionado. Há um clima completamente diferente dentro da sala. Não consigo interpretar exatamente o que acontece, mas é muito diferente “ (Ricardo).

Mas não é só o pessoal da equipe de saúde que percebe diferenças neste tipo de parto: a própria paciente sente-se diferente em relação às outras mulheres pois participa ativamente dos cuidados relativos ao parto e ao seu recém-nascido.

“As que tiveram parto de cócoras se sentem superiores às outras. Elas se sentem muito *mais*. Não sei bem como é que funciona este aspecto mas ela sente muito mais orgulho da maneira como elas tiveram filho do que uma outra que teve outro tipo de parto. Elas dizem: - “*ah! Eu não precisei de ponto nenhum!*” É como se dissessem: - “*Eu sou muito melhor do que todas que tiveram corte!*” (Ricardo).

Apesar do parto de cócoras, não ocorrer com freqüência, nota-se um clima de expectativa e espera de que outros ocorram. Quando acontece um, a notícia espalha-se como um evento importante e diferente despertando curiosidade quanto ao seu transcurso.

“Teve um médico que fez parto de cócoras da mulher de um dos chefes deste hospital há uns dois meses atrás. Dizem que o segundo parto da mulher dele já foi de cócoras. Foi uma agitação para montar a cadeira: ela estava desativada, suja, atirada num canto e aí... abre a cadeira. É tão raro hoje um parto de cócoras!” (Júlia)

Ao referir outro seguidor desta tecnologia uma das enfermeiras festeja, ao mesmo tempo lamenta o fato de ser tão pouco utilizada esta prática em nosso meio.

“Praticamente não existe médico que faça parto de cócoras. Quanto ao Ricardo, não sei se ele parou ou não está mais estimulado. *Este outro tem feito*” (Júlia).

“A gente até teve momentos em que pode oferecer isto. Nós tínhamos um residente, e o professor. Até fizeram uma mesa pra parto de cócoras” (Renata).

Há experiências com o emprego de colchonetes, camas baixas, banquinhos, estrados, escadinhas, cordas, escadas, que são usados para a mulher apoiar-se ou

sentar-se conforme suas necessidades.

Lydon-Rochelle et al. (1995) concluem que o uso de outras posições para o parto que não a de litotomia, reduzem significativamente a possibilidade de realização da episiotomia e os benefícios advindos das estratégias alternativas comumente usadas pelas "nurse-midwives" nas diversas populações, como a proteção do períneo no período expulsivo, podem ser utilizadas largamente em populações de múltiplas etnias. Estas autoras relatam que a proporção de lacerações perineais é maior nas mulheres episiotomizadas cujo achado também é relatado por Anthony et al. (1994).

•A cesariana

Outro aspecto relacionado à questão da episiotomia e tipo de parto diz respeito à cesariana. Um movimento em direção ao nascimento através desta cirurgia é notado amplamente nas populações financeiramente mais abastadas. Magalhães (1996) afirma que, no Brasil, a incidência de cesariana em mulheres que recebem mais de dez salários mínimos é de 57,6%; nas que percebem até um salário mínimo é de 16,7%. Costa et al. (1997, p. 193) propõe cinco estratégias para a redução dos índices de cesariana, quais sejam: *"educação médica para o parto transpélvico; revisões periódicas dos números de cesariana nas instituições; observação de condutas profissionais e recomendações para manejo do parto vaginal após cesárea prévia; mudanças na atmosfera jurídica, incluindo também, como má prática médica os danos advindos das cesáreas feitas sem indicação precisa; incentivos extras para parto vaginal, especialmente após cesárea prévia."*

Em hospitais não conveniados com o SUS, as taxas de cesariana ocupam patamares mais altos, algumas vezes muito próximos ou iguais a 100%. Em hospitais conveniados ao SUS os índices também aumentam em relação aos países que adotam outras políticas para o nascer de seus cidadãos. A pesquisa da Fundação Osvaldo Cruz entre dezembro de 1994 e fevereiro de 1995, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, revela que cerca de 400 000

cesarianas desnecessárias são realizadas hoje, a um custo de 83 milhões de reais. Na cidade de Belém, na Paraíba, a maternidade local não realiza um único parto normal no período pesquisado. Em 1996, na cidade de São Paulo, de cada cem partos, 52 são por cesárea e em cidades menores como São José do Rio Preto, Araraquara, Catanduva e Assis, o número de partos naturais não chega a 25% (Pessoa, 1997).

No Brasil o valor pago aos médicos e hospitais na ocorrência de parto vaginal é igual ao pago pela cesariana. Não distinguindo o valor pago perante a rede privada, o extinto INAMPS, em 1979, não consegue evitar a redução da incidência de cesariana, que continua em ascendência (Magalhães, 1996).

Ao considerar o tempo de permanência das mulheres em trabalho de parto e a necessidade de controle do bem estar materno-fetal, alguns obstetras julgam mais interessante a cesárea com agendamento prévio evitando as noites de vigília, as horas de acompanhamento do trabalho de parto e o stress ocasionado pelos lamentos das mulheres nestas horas, indicando vantagens, em função da diminuição das horas dispensadas.

O parto com episiotomia pressupõe incisão perineal e a cesariana, incisão abdominal. Com o aumento do número de cesarianas há uma redução do número de partos com episiotomia, ou seja, há uma troca de local incisado: o corte cirúrgico deixa de ser perineal para ser abdominal. A situação é abordada pelo médico respondente.

“Eu disse que a episiotomia é um procedimento em extinção porque a incidência de cesariana em alguns hospitais classe “A” de Porto Alegre é quase 80% e alguns passam um pouquinho de oitenta. Então ganhar filho é através de cesárea. No HCPA mantemos 26% há alguns anos. Às vezes passa um pouquinho, fica beirando os 27% mas volta pros 26%. Então, com isto, já diminui o número de mulheres que tem episiotomia” (Ricardo).

Há carência de material bibliográfico e estatístico para avaliar as conseqüências da episiotomia para a mulher, o custo financeiro para a família,

hospitais e cofres públicos em decorrência do seu uso abusivo.

São inestimáveis as diminuições das taxas de mortalidade materna e neonatal comprovadas nos últimos anos, conquista da incorporação de conhecimentos e tecnologias. Nota-se, porém, nas questões de saúde reprodutiva, descompasso entre a incorporação destas tecnologias e as vantagens de sua utilização, especialmente ao envolver a vida de duas pessoas: mãe e filho. Porém, proporcionando-se às mulheres - em cujo corpo a medicina opera transformações físicas sem a sua opção de escolha, incluindo-se cesáreas e episiotomias - os esclarecimentos sobre os procedimentos hospitalares e lhes permitissem expressar sua indignação ao serem submetidas rotineiramente a essas técnicas, provavelmente os avanços relacionados ao nascimento ganhariam em qualidade, atingindo toda a população que delas descende.

Uma das enfermeiras advoga o direito da mulher escolher a maneira de sua prole nascer (através do parto com episiotomia, sem episiotomia e cesárea).

“Acho que a paciente tinha que ter o direito de escolher. Não só de não fazer episíio, mas de fazer cesariana também. (...) Tem pessoas que não poderiam passar por isto, não pela parte física, mas pela parte emocional. Não quero dizer que a pessoa é louca, não é isto! Ela tá pedindo socorro e ele diz: “*não, vamos tentar o parto normal*” e ainda com episiotomia! As pessoas se conhecem bastante e a gente faz de conta que elas não se conhecem. Que a gente sabe melhor o que é melhor pra elas. E nem sempre a gente sabe. Isto é muita petulância: decidir o que é melhor, pelo outro. A gente ouve muito condenarem um profissional ao optar pela cesárea” (Bruna).

Para cada situação existe um tipo de parto mais adequado e a indicação não deve ser decidida levando-se em consideração dificuldades aparentes e prevenções discutíveis. Profissionais treinados dispõem de argumentos para indicá-las, modificá-las no decorrer dos acontecimentos ou mantê-las com segurança suficiente para que a paciente permaneça tranqüila e confiante em si mesma.

Entende-se que o pedido de auxílio das parturientes, refere-se ao período de trabalho de parto, cujos desconfortos provocados pela dor das contrações poderia ser suprimido pela analgesia para o parto com técnicas que favoreçam a

participação da mulher e diminuem a ansiedade do período de espera, também favorecidos pela permanência contínua de profissionais e pessoas de sua escolha.

Uma das 15 recomendações da Organização Mundial da Saúde (1995)³², referendadas na Conferência Internacional para o Parto, diz que " *para o bem estar psicológico da mãe, deve ser assegurada a presença de uma pessoa de sua escolha (familiar ou não) durante todo o processo de atendimento.*"

Quando a solicitação da cesariana ocorre em função da dor, a anestesia regional pode ser recurso que evita o desconforto e favorece o relaxamento do períneo porém, dificulta a percepção da contração uterina e posicionamento vertical para o parto.

Já, das falas de Ricardo, emerge o receio das mulheres quanto aos pontos da episiorrafia e o desejo em não tê-los, a favor do nascimento sem qualquer incisão: perineal ou abdominal.

"Muitas delas, e eu não posso te dizer o percentual porque eu não sei, mas muitas delas pedem que, se fosse possível, não ter os pontos" (Ricardo).

Não se esquece a valorização social da cesariana em relação ao parto vaginal, tanto por profissionais quanto por usuárias em geral. A superior incidência de cesariana nas classes mais abastadas sobre as classes menos favorecidas é um falso modelo de melhor procedimento a ser adotado e reconhecido pelos profissionais.

"A cesárea, porque é socialmente mais interessante para o médico, tem um dia marcado para a retirada dos pontos, por ele" (Ricardo).

³²Conferência Internacional para o Parto. Quinze Recomendações da Organização Mundial da Saúde. Fortaleza, 22 a 26 de abr. 1985. Apud Rodrigues, 1997. P. 101.

• A questão dos pagamentos

Durante o estudo, emergem questões relativas às limitações do atendimento ao puerpério normal decorrentes da falta de previsão para este atendimento do Ministério da Saúde, além das facilidades para escolher profissionais e procedimentos que o poder aquisitivo confere a determinadas usuárias, e a influência da indústria sobre a conduta profissional.

Os programas do SUS não prevêm o atendimento específico ao puerpério, e o fato gera insatisfação, pois em consequência, nem as organizações e nem aos médicos é dado pagamento ao atender a puérpera, ao contrário do que ocorre para as consultas do pré-natal ou atendimento ao parto.

“Dentro do sistema de previdência social do país, não existe lugar para atendimento da puérpera. Se ela for num hospital para ser atendida, vão colocá-la numa mesa ginecológica, gastar lençol, luva, e outros materiais, sem ganhar absolutamente nada com isto. O hospital vai gastar e o médico vai atender de graça, sem ganhar nenhum centavo, para atender pacientes do SUS. Não é assistência pré-natal nem assistência ao parto” (Ricardo).

Outra situação que emerge das falas, advém das vantagens do pagamento ao parto sem a intermediação do SUS, isto é, diretamente da cliente para o médico. Nesta modalidade existe a possibilidade de escolha do profissional e da cliente quanto ao tipo de parto (cesárea, parto com analgesia, de cócoras) e materiais a serem utilizados, por exemplo, fio de sutura.

“Na clínica privada existe a possibilidade de escolha. Na clínica previdenciária, não(...) Em clínica privada, atendendo uma mulher que leu, sabe, ouviu falar e procura o parto de cócoras a gente passa a doutriná-la, por exemplo, através de vídeo de parto de cócoras. Tem indicação? Ela quer? Então a gente faz. E as coisas saem muito bem!(...) Em clínica privada jamais se usa *cat gut*, por que é um fio inadequado. Se usa fio que tem que ser removido. Se retira os pontos de uma episiotomia e se avalia o tipo de sutura feita. Fora daí, não” (Ricardo).

“Em Curitiba há um hospital particular onde pacientes que se interessam vão ganhar lá. Eu não conheço outro lugar que tenha parto alternativo. **Silêncio.** Mas é na base do dinheiro e entrou dinheiro, limita. Quer dizer: aquelas que não tem dinheiro não têm opção. **Silêncio.** Como sempre, dinheiro sempre

tranca. (...) Assim, vê-se pacientes um pouco diferenciadas, que buscam médico particular para cesariana por opção pessoal, sem indicação adequada” (Bruna).

Emerge, ainda, a influência da Escola Americana de Ginecologia e Obstetrícia que apregoa a realização de partos com episiotomia. Com isto, os Estados Unidos, um dos parques da indústria mundial, fabricante de fios e materiais cirúrgicos, introduz-se, através de suas multinacionais no parto da brasileira, fornecendo o saber e os instrumentos para a sua prática. Desta forma, a questão do pagamento desloca-se para fora do país, ligando-se à política financeira internacional. O Ministério da Saúde, com seus administradores e consultores, mantém este estado de coisas.

“Na realidade, não está escrito no American Journal of Gynecology and Obstetrics que parto de cócoras é bom. No momento em que disserem que é bom, então nós vamos fazer isto. Se lá não falarem nada então é porque realmente não é bom. A gente segue tudo que os americanos fazem. As coisas funcionam assim” (Ricardo).

8.3.6 Complicações

Devido a inexistência do que o médico chama de “assistência puerperal”, são poucas as mulheres que retornam ao serviço de pré-natal para revisão ou retirada de pontos já que os mesmos são realizados com fio absorvível. As exceções são as mulheres que vêm à consulta de retorno com a enfermeira. Por este motivo as complicações de episiotomia não são constatadas com frequência no ambulatório.

As orientações fornecidas sobre as possíveis complicações, durante a gestação, cursos ou grupos, são amplas e com abordagem genérica. O tempo dispensado à parte educativa é gasto em orientações gerais e não em discussões críticas sobre as condutas, percepções e possíveis alterações de comportamentos.

“Se vocês notarem que o sangramento tiver um cheiro desagradável, se vocês tiverem febre, se os pontos estiverem vermelhos, com dor, se vocês tocarem tiver inchado ou sair pus ou alguma secreção, procurem um setor de emergência” (Renata).

“No pré-natal eu não comento a respeito das complicações da episio” (Júlia).

“Com-pli-ca-ções da episio? Orientação sobre complicações da episio? Acho que nada...a gente fala sobre os cuidados que tem que ter, né? Aí a gente entra com a possibilidade de que pode haver uma infecção, um rompimento de pontos, às vezes abre a episio. Em cima disso se fala no cuidado e não na complicação” (Bruna).

“Não oriento sobre complicações da episio pra nenhum grupo. A menos que alguma pergunte” (Fernanda).

O tecido cicatricial formado no local da episiotomia anterior não é considerado como possível dificuldade na realização de partos subseqüentes sem episiotomias. Porém, esta situação complicadora é percebida pelo médico como um dos fatores que o impulsiona na realização de partos sem episiotomia.

“Daí a gente explica porque é feita episio no primeiro filho e nas outras não. Após o primeiro, é mais rápido, fácil, porque o períneo dela já tá mais apropriado pra parto(....) Então acho que é por isto que a gente acaba não questionando, pois geralmente quem faz curso conosco é a gestante de primeira gestação. Mas nas consultas, quando é multípara, a gente até levanta esta hipótese” (Renata).

“É dito que a primigesta tem que fazer episiotomia e, uma vez episiotomia, sempre episiotomia. Chegará um tempo que nunca mais vai ter mulher sem episiotomia! Eu resolvi fazer sem episiotomia meio de desafio de que se pudesse ter filhos assim” (Ricardo).

Para Salomão e Zugaib (1983, p.279), seu emprego é sistemático “*sempre que houver solicitação do períneo pela apresentação cefálica*” sendo dispensada em situações de roturas perineais e “*má assistência obstétrica em partos anteriores.*”

Já, na segunda edição do Manual de Normas da Clínica Obstétrica do Hospital Ernesto Dornelles, lançada em 1969 e dirigido aos residentes, lê-se que “*a episiotomia deve ser praticada sistematicamente, em primigestas, em partos prematuros e quando houve episiotomia prévia*” e o “*obstetra assume o comando do parto e toda a equipe fica sob suas ordens.*” À época, esta maternidade, por ser considerada modelo, serve de exemplo a ser seguido por tantas outras, que hoje são, por sua vez, consideradas referência para o ensino e assistência médica no

país. Esta norma continua usual, quase 30 anos após sua publicação, em maternidades modelo de hospitais-escola ou não (Costa, 1969, p. 87).

Assim, conforme as normas vigentes, não há possibilidade de escolha nem para profissionais nem para usuárias, cabendo às mulheres seus partos comandados, à exemplo dos exércitos, não pelo militar, mas pelo médico.

“Mas foi tirado da mulher essa capacidade de parir e o profissional, que tem essa capacidade é o obstetra. Então, quanto mais parafernália, melhor pra ele” (Júlia).

Nas falas sobre a constatação de complicações de episiotomias, os profissionais mencionam tanto complicações recentes como tardias. Estas constatações referem-se a modificação da anatomia da fúrcula, em consequência da sutura e cicatrização de bordos desencontrados, deiscências de sutura e cicatrizações de mau aspecto, prejudicando o desempenho funcional e provocando problemas relacionados à imagem corporal, além da dor em diversas fases da cicatrização ou após.

“Eu vejo as episios ainda com pontos ou com pontos começando a cair. Já vi cicatrizações feias com a pele desencontrada na fúrcula vaginal. Eventualmente alguma deiscência de sutura entre um ou dois pontos mas, são episios muito recentes, também” (Júlia).

“Quem olha vê que aquilo infeccionou, não deu uma cooptação boa dos bordos: fica muito feio. Funciona. Uma vagina que funciona?! Semi-funcionante. Algumas pessoas não reclamam, mas outras se sentem mal de terem sido mutiladas desta maneira” (Ricardo).

8.3.7 Queixas

Das **queixas** relacionadas à episiotomias a mais expressa por todos os entrevistados é a dor, principalmente, ao sentar. Conforme relata o médico, “*nas histórias das mulheres relativas ao parto, a pior coisa é o raio dos pontos, como elas falam: incomodam, infeccionam, dão deiscência*” (Ricardo).

“Umam quantas se queixam de muita dor, de não poder sentar direito. Outras sentam, cruzam as pernas e rebolam, parece que não tem nada” (Bruna).

“Elas se queixam de dor, do ponto incomodar, do filho incomodar também” (Júlia).

“Nesses anos todos, eu percebo, que as epísios que infectam são epísios grandes, de partos complicados, demoradas pra suturar, e aí é uma coisa muito complicada para estas mulheres: muito dolorida. Se a epísio é uma epísio pequena, que foi suturada rápido, eu noto que o puerpério delas, em relação à epísio, flui sem queixa nenhuma” (Fernanda).

Os cuidados recomendados para um períneo com episiotomia são essencialmente os mesmos recomendados para um períneo sem episiotomia no pós-parto, porém a presença da sutura envolve estes cuidados num ritual de importância diferenciada tanto para profissionais quanto para as puérperas. A rotina de orientação destes cuidados é seguida por todas as enfermeiras da unidade de internação obstétrica. A ênfase é para a puérpera acautelar-se com as orientações fornecidas por familiares e vizinhos.

“No caso, orientação de cuidados com epísio no pós-parto, ou seja, higiene, é dito para lavar com água pura ou água e sabão, não usar mercúrio, não usar mertiolato como a vizinha mandou, como a mãe usou” (Fernanda).

Os cuidados de higiene perineal são “despejados” nas adolescentes, conforme relato, devido as dificuldades em imaginarem-se puérperas e porque “nem sonham que podem ter complicações” (Fernanda). Por esta razão, a abordagem destes cuidados é realizada na consulta individual durante o puerpério, havendo, diferença entre as orientações para as mulheres adultas e para as adolescentes.

“Eu acho que coisas ligadas à epísio, talvez sejam mais faladas para as mulheres em geral, mas não para as adolescentes, porque pra estas é um problema (...) Termina sendo um conteúdo despejado, porque elas não conseguem se imaginar no pós-parto. É muito complicado. A gente não conseguiu achar, ainda, uma técnica a não ser na consulta do pós-parto” (Fernanda).

Também, devido a maior suscetibilidade para infecções nas portadoras do HIV, existe a preocupação de alertá-las quanto a possibilidades de complicações de episiotomia tais como presença de pus ou outros sinais de infecção e recomendar o uso de calor local, banho de assento e procura de serviço de saúde para averiguação da gravidade do problema e outros tratamentos que se fizerem necessários.

A constatação de sinais de complicação durante a revisão pós-parto é informada à puérpera e, neste momento, ocorre a solicitação de controle da região através da visualização do local em busca de sinais de agravamento e febre e retorno ao serviço para acompanhamento médico.

“Se ela é muito recente, com sinais de risco de infecção, explico o que tá acontecendo. Peço pra ela controlar, fazer calor, voltar se sair secreção purulenta, se tiver febre, se criar uma urgência” (Júlia).

Os profissionais comentam sobre o aspecto de episiotomias observadas e refletem que com a episiotomia de rotina cria-se uma iatropatogenia, pois sua cicatriz modifica ou deforma o genital externo feminino. Capra (1992) relata que em cada cinco pacientes admitidas em um “típico hospital de pesquisa”, um adquire uma doença iatrogênica. Pode-se, assim, pensar que na obstetria a possibilidade de iatrogenias é elevada, visto que faz parte deste grupo um grande número de mulheres e um grande número de procedimentos incluídos em rotinas sem adequada e individualizada avaliação.

Em 1991, 1.684.000 mulheres foram episiotomizadas nos Estados Unidos, caracterizando a episiotomia como procedimento cirúrgico mais realizado em mulheres.

“Já vi cicatrizações muito feias após dois, três meses. Quando eu falo nisso eu me lembro também da Unidade de Internação Obstétrica. Lá, eu via o aspecto da episiotomia no puerpério imediato” (Fernanda).

“Recebo puérperas com episios esborrachadas, outras bem feitinhas. De tudo um pouco” (Bruna).

“Eu vejo nas puérperas do ambulatório, às vezes, umas coisas feias. Eu não

sei se seriam tão feias quanto se não houvessem tido epíseo” (Ricardo).

A fala de Fernanda expressa dúvidas quanto às repercussões do procedimento sobre a vida futura da mulher.

“Eu noto que quando são mulheres mais liberadas pra atividade sexual, pra sexo oral e coisas assim, elas dizem: *meu companheiro vai enxergar esta coisa horrorosa que está aqui...* Não sei o quanto uma epíseo feia mexe com a imagem da mulher para, por exemplo, a atividade sexual dela. Claro que muitas mulheres não olham seus períneos, têm uma atividade sexual muito inibida, acham que isso não vai fazer diferença porque lá embaixo ninguém vai olhar” (Fernanda).

A surpresa, indignação e raiva eventualmente despertadas, quanto ao aspecto que a episiotomia apresenta, é exemplificada na fala de Fernanda.

“Quando ela veio, uns seis dias pós-parto, tava avermelhado, endurecido, tava horrorosa, ela tava morrendo de dor. Eu pensei: bah! Isto aí vai explodir numa baita infecção! Mas no fim, não. Ela ficou fazendo banho de assento com água morna, que aliviava, e terminou não drenando nada, cicatrizou bem, só que ela ficou e vai ficar com esta marca pro resto da vida. Nunca tinha visto uma coisa tão horrorosa. Eu até tive um pouco de dificuldade de controlar a minha expressão quando eu vi e disse: bah! Eu acho que tu deve tá com muita dor porque a tua epíseo foi bem grande, né? E ela me disse: “- *pois é, eu não sei porque fizeram tão grande se o meu nenê pesou 2900g...*” eu ali tentando disfarçar, mas me sentindo mal... despertou raiva em mim. Ela vinha até a metade do glúteo. Era um gancho, que saia de lá e vinha... coisa fantástica! **Silêncio**” (Fernanda).

8.3.8 As possibilidades de mudança

Ricardo fala sobre a importância dos meios de comunicação para a divulgação, desenvolvimento e aplicação de tecnologias. Sua participação em programas de televisão, fez com que algumas mulheres ampliassem suas possibilidades de escolha em relação ao parto. Constata-se que o acesso ao parto do tipo de cócoras liga-se ao conhecimento de seus benefícios, necessidades individuais e situação econômica da usuária. Porém, se o parto sem episiotomia fosse oferecido às usuárias do SUS, sem conhecerem a importância desta prática, provavelmente não teria o mesmo valor, pois para muitas delas, os pontos servem

para alguma eventual correção.

“Teve uma época que, talvez, por influência da televisão, as pessoas me procuravam porque queriam ter parto de cócoras. Algumas pacientes de clínica privada, ainda querem parto de cócoras. Mas um número menor, porque diminuiu bastante a clínica privada nestes últimos dez anos! Tanto a clínica privada quanto as solicitações de parto de cócoras” (Ricardo).

Ao comparar-se as taxas de episiotomia de países como Holanda: 7% (Freitas et al., 1997); Grã-Bretanha: 52% (Moses, 1994) e Brasil: 80% (Amar, 1989), percebe-se a alta incidência do uso da técnica no Brasil.

O Ministério da Saúde luta para angariar fundos e investimentos para o pagamento de suas contas. O dinheiro desperdiçado na realização da episiotomia de rotina, com pessoal médico, pessoal de enfermagem, material, medicamentos para dor e tratamento de suas complicações poderiam ser mantidos nos programas de atenção materno-infantil, e otimizados os gastos para atendimentos que realmente resultem em prevenção. Uma informação que dá idéia ao tamanho do problema é a diferença dos percentuais de partos com episiotomia entre o HCPA (86,7%) e a Holanda (7%): 79,7%.

Se projetarmos a situação do HCPA para todos os nascimentos de crianças vivas ocorridos no Rio Grande do Sul no ano de 1993, teríamos em torno de 119 630 mulheres episiotomizadas naquele ano, e somente 10-20% deste total seriam de mulheres que realmente necessitariam de tal procedimento; menos ainda se o índice considerado fosse o holandês.

A maior parte dos nascimentos ocorrem em clínicas hospitalares conveniadas com o SUS e, por tratar-se de procedimento invasivo e de rotina deve-se refletir sobre sua redução. Os artigos 9 e 10, parágrafos 1,2,3 do Código do Consumidor apregoam informações ostensivas e adequadas sobre a nocividade ou periculosidade de produtos e serviços potencialmente nocivos ou perigosos à saúde, veiculando-os, inclusive, na imprensa, rádio e televisão. A responsabilidade desta divulgação, conforme o referido código, cabe à União, aos Estados e aos

municípios.

Os contatos em atividades educativas com as usuárias e a realização de estudos durante estas atividades poderiam resultar em alternativas para mudanças. A simples divulgação da necessidade de repensar e de realizar estudos sobre determinadas práticas são, muitas vezes, prenúncio de mudanças. Os resultados têm espaço de divulgação garantido nos meios de comunicação e entre a comunidade científica.

“Quando uma ou várias pessoas começam a questionar este tipo de procedimento de rotina, isto só, já é um começo. Mas só isto seria pouco porque não atingiríamos tantas mulheres assim. Talvez fosse de se divulgar trabalhos na TV e jornal. Tem que ser um movimento maior, de informação das pacientes e comunidade para que haja motivação e quem sabe, alguns profissionais, comecem a abrir esta alternativa. Acho que vai ser muito lento isto. Não é antes do ano 2000, com certeza!” (Bruna)

Freire (1996, p.37), considera que a luta para a restauração da humanidade de cada um deve partir dos oprimidos e dos que com ele se solidarizam. É preciso sair da alienação, permitir-se e permitir a outros o acesso a opções para que individualmente e em grupo as pessoas sejam atores, tenham voz, criem e recriem o mundo, de maneira a não se transformarem em opressores. Só assim, conquista-se a liberdade que no caso, é um “*parto doloroso*” do novo homem que nasce dentro de si mesmo e “*só é viável na e pela superação da contradição opressores-oprimidos*” promovendo a libertação de todos.

“Acho que, nós da enfermagem, podemos contribuir de alguma forma em relação a este início de mudança de conduta. Seria, quem sabe, através dos próprios pacientes quando elas consultam, nesses grupos, de ver o que elas acham pra que elas possam cobrar mais dos médicos e pra que eles possam se sentir, também, pressionados” (Bruna).

Considerando-se que a maior parte dos nascimentos ocorre em hospitais conveniados com o SUS, e que esta população não tem direito à escolha, pode-se inferir que as gerações futuras continuarão a submeter-se ao parto com episiotomia e, nas mulheres da clínica privada, raros serão os nascimentos fora da cesariana.

As enfermeiras, consideradas socialmente inferiores aos médicos, reproduzem informações e condutas às classes menos abastadas, pois desenvolvem suas atividades, predominantemente, no atendimento às mulheres dependentes do SUS. Assim, ambos, enfermeiras e médicos, cada qual com sua competência, reproduzem informações deturpadas na sociedade, sem avaliar os reais efeitos e necessidades destas ações, que são disseminadas através de gerações. Surgem, então, indagações sobre o processo, a conduta e a ação, movimento gerador de crise, jogando para o público usuário ou não, a semente da dúvida, a qual toma ares de inovação.

Desta forma, a ideologia, para Chauí (1984) um conjunto sistemático e coerente de representações (idéias e valores) e de normas ou regras (condutas), indica e prescre aos membros da sociedade o que e como devem pensar, valorizar, sentir, fazer, dando uma explicação racional para as diferenças sociais, políticas, raciais e culturais, sem atribuí-las à divisão da sociedade em classes, a partir das divisões na esfera de produção e do trabalho. Para esta autora, a ideologia, enquanto favorece o sentimento de identidade social, escamoteia o conflito, dissimula a dominação e oculta a presença do particular, dando-lhe, inclusive, a aparência do universal e mantendo o "*status quo*". Portanto, "*enquanto não houver um conhecimento da história real e a teoria não mostrar o significado da prática imediata aos homens, enquanto a experiência comum de vida for mantida sem crítica e sem pensamento, a ideologia se manterá*" (Chauí, 1984, p.87).

Freire (1996) propõe mudanças a partir de sua teoria da ação dialógica, onde opressor e oprimido encontram-se para transformar o mundo através da co-laboração, da união, organização e síntese cultural. No caso, a co-laboração ocorre entre sujeitos, ainda que de funções e responsabilidades diferentes, através da comunicação. Os diálogos - comunicação - sem imposições ou manejos, têm compromisso com a liberdade, problematizam a realidade e exercem análise crítica sobre ela. Na ação dialógica, há um esforço incansável para unir os oprimidos entre si e, com sua liderança, organizá-los em torno da realidade problematizada. A última etapa da teoria de Freire é a síntese cultural em que a dialeticidade *permanência-mudança* (Freire, 1996, p.179) não é extinta e tem suas contradições superadas

visando a libertação do homem. Assim, a síntese cultural não nega diferenças entre visões: “*se funda nelas*”; nega a “*invasão de uma pela outra*” (Freire, 1996, p.181) e se firma nos subsídios que uma dá á outra.

8.4 Aspectos da formação dos profissionais relacionados ao parto e à episiotomia.

Existem dificuldades para o ensino do parto, da episiotomia e sutura do períneo. Estes problemas são sistematicamente negados institucionalmente, persistindo o descaso dos profissionais no tratamento da mulher em sala de parto.

“Eu fiz especialização em São Paulo e não se questionava a posição para o parto: deitado e fim” (Júlia).

“Aqui no hospital eles tentam, tentam, tentam parto normal até não dar mais. Não faz mal se isto levar 30 horas. Azar pro stress! Então eu acho que eles poderiam considerar as mulheres que vêm ter os nenês como pessoas, e que como tal se cansam; que a equipe faz rodízio e as pacientes continuam as mesmas” (Bruna).

Existem dúvidas quanto a habilidade dos profissionais em suturar lacerações perineais e a certeza de que, por ser um hospital escola, deveria estar aberto a outras possibilidades de ensino.

“Vi lacerações feias de quase ir até o ânus, tortas, o aspecto todo da cicatrização... também não sei o quanto o profissional tem habilidade de suturar uma laceração...” (Fernanda).

“Acho que por ser um hospital escola deveria estar aberto para outras possibilidades de ensino. Mas a gente nota que é seguida à risca a escola americana de obstetrícia que o hospital adota; as vezes à risca demais. Isto tem a ver com o poder da instituição hospital, instituição médico, Instituição UFRGS. Muito acadêmica...” (Renata).

Constata-se que há uma espécie de acordo tácito entre o que a “instituição saúde” oferece e o que é aceito pela mulher como privilégio. Realiza-se o procedimento independente do discordar da gestante e em caso de resistência, o

profissional lhe recomenda procurar outra instituição de saúde, sabedor de que as rotinas são idênticas em todas as maternidades de Porto Alegre conveniadas ao SUS. Não há interesse em atender as necessidades do usuário enquanto indivíduo mas, sim, enquanto serve ao sistema proposto. A mulher, no entanto, procura a instituição com o objetivo de evitar danos tanto para ela quanto para seu filho e assim, a instituição coloca-se isenta de responsabilidades caso ela não concorde com o procedimento proposto, além de encaminhá-la para "*o serviço de saúde que melhor lhe aprover*". Seu direito ao atendimento condiciona-se ao sim submisso às normas do hospital.

O especialista faz parte de uma instituição moderna, racionalizada e burocratizada. Como tal, tende a esquecer o papel mais amplo da deliberação no sentido prático (aristotélico) e que se refere ao ético, ao cultural e ao político.

A pesquisadora do presente estudo vive, em época recente um fato ilustrativo desta discordância e exigência cliente-médico. Enquanto aguarda a chegada de uma gestante em fase adiantada do trabalho de parto depara-se com a mulher entrando com o filho no colo, feliz, pedindo que não a separem da criança. Surpresa, a pesquisadora indaga sobre a ocorrência. A mulher relata sua história. Na gestação anterior, solicita ao médico parto domiciliar. O médico combina com a gestante o parto de cócoras, porém, no hospital. Mas, na ocasião, em ambiente adaptado para parto de cócoras, já no final do período expulsivo, solicita que deite e realiza parto com episiotomia. Agora, no segundo filho, negocia, novamente com o médico, parto domiciliar. Aguarda o trabalho de parto em casa e chega ao hospital com o recém-nascido no colo. Desta vez, não houve tempo de ser deitada à mesa de parto.

Muitas vezes, a vontade do profissional e cliente não é suficiente. É necessário preparo por parte de quem acompanha o parto e a aquisição deste preparo é difícil, pois além de raros os locais que permitem e estimulam treinamento para partos ditos alternativos, há resistências por parte das instituições e da comunidade obstétrica.

"Acontece que às vezes, há necessidade mesmo. Ficar protelando, protelando, protelando, protelando, protelando, protelando o parto, vai acabar levando a asfixia neonatal. Então é o outro lado. (...) Hoje eu coloco assim: há partos que precisam episio, há partos que não precisam episio e a aí gente tem que ver" (Ricardo).

"A questão é rotinizar: ser igual pra todo mundo. Talvez algumas precisem mesmo de episio e outras não. Se fosse parto de cócoras não precisava. Isso eu vejo, também" (Júlia).

Gerrits et al. (1994), afirmam que a episiotomia só se justifica com indicação materna ou fetal porém, em seus estudos, constata que a realização da episiotomia não tem relação com a idade, raça, idade gestacional, ano em que ocorrem os partos, peso do recém-nascido, duração do trabalho de parto ou sofrimento fetal mas à formação do profissional que realiza o parto. Assim, médicos e enfermeiras realizam, respectivamente, 3,4 e 2,5 vezes mais episiotomias que as parteiras.

Em seus estudos, Anthony et al. (1994) não encontram diferenças significativas em relação às complicações severas no nascimento entre o atendimento das midwives ou médicos. Estes autores investigam 108 hospitais onde são atendidos 43.309 mulheres em situação de parto. Referem que há risco adicional para lacerações do terceiro grau quando o atendimento é realizado por estudantes de medicina, atribuindo à inexperiência dos mesmos a dificuldade em decidir por sua realização. Sugerem o uso seletivo, e não rotineiro, da episiotomia o que diminuiria a freqüência das queixas de dor, que as mulheres referem, até três meses após sua realização e superior a de mulheres que apresentam lacerações.

Henriksen et al. (1994) relatam que apenas à solicitação de revisão das indicações de uso da episiotomia, trinta "midwives" em atendimento a 3.919 partos, é diminuído de 37% para 30% o percentual de ocorrência do procedimento. Verifica-se, ainda, aumento de 3% de mulheres com períneo íntegro, 3% de mulheres com lacerações de períneo e nenhuma alteração nos percentuais de lesão do esfíncter anal. Os percentuais alteram-se conforme o desempenho de cada "midwife", e por isto estes pesquisadores recomendam valores entre 20-30% como níveis aceitáveis.

A episiotomia de rotina merece da Argentina um grupo de estudos específico, que congrega profissionais de oito maternidades públicas daquele país.

Este grupo publica o resultado de pesquisa com 2.606 mulheres em que a episiotomia é decidida quando encaminhadas à sala de parto. Neste momento o profissional abre o próximo envelope numerado em série e verifica o tratamento que será dado à mulher: seletivo (episiotomia somente se há indicação materna ou fetal) ou de rotina. Antes de tal estudo, estes hospitais têm a rotina da episiotomia e seu percentual é de 83% dos partos vaginais. Agora, estes autores afirmam que a episiotomia de rotina pode ser abandonada e índices acima de 30% não se justificam, à exemplo de Heriksen (1994).

As situações de acomodação da conduta pessoal às normas vigentes, estão presentes tanto no médico quanto nas enfermeiras, e são, geralmente contrárias às percepções de cada um sobre a realização da episiotomia.

“Eu não posso instruir alguém lá no pré-natal, no nosso ambulatório, sobre parto de cócoras se eu não vou fazer o parto. Vai fazer o parto quem estiver de plantão. E no serviço as pessoas não foram treinadas pra fazer parto de cócoras. Não foram! (Ricardo)

“Bom. Eu oriento até porque é a realidade. Não adianta eu oferecer uma coisa que a gente não vai poder cumprir. (...) é um pré-natal que não vai ser a equipe que vai fazer o parto” (Renata).

Em suma, não é vista a possibilidade de diálogo e o corpo da mulher continua servindo, também, para treinamento de suturas cirúrgicas por ocasião do parto, com supervisão inadequada em relação a presença dos orientadores durante sua ocorrência.

8.5 Vida pessoal x vida profissional das enfermeiras

Todas as enfermeiras participantes deste estudo têm filhos. À época, duas delas esperam que seus partos sejam vaginais, de cócoras se possível, porém por problemas decorrentes da evolução do trabalho de parto o nascimento de suas filhas ocorre através de cesariana. A uma delas é negada a possibilidade do parto de cócoras, já durante o pré-natal, por motivos discutíveis.

Sabe-se que a atuação dos hormônios da gestação sobre as fibras colágenas atuam de forma a afrouxá-las favorecendo a expansão e crescimento dos tecidos como pele e músculos e, assim, preparando o organismo da mulher para o parto. Zieguel e Cranley (1985) relatam, também, como movimentos preparatórios da parede vaginal para a distensão do parto, o espessamento da mucosa vaginal. Vulva e períneo sofrem alterações semelhantes às da vagina, incluindo edema e vascularização aumentada, como de resto do organismo, porém em maiores proporções.

Desta maneira, mulheres com gestações numerosas ou com fetos grandes, tem maiores probabilidades de apresentarem um afrouxamento dos tecidos pélvicos independente da realização de episiotomia ou cesariana. Este afrouxamento deve-se a pressão exercida contínua e/ou freqüentemente pelo conteúdo abdominal sobre os tecidos pélvicos sob ação dos hormônios da gravidez. As dificuldades em associar estes conhecimentos ao cotidiano, proporcionam julgamentos inadequados por parte das mulheres, enquanto profissionais ou usuárias.

“Eu pensei em fazer parto de cócoras e acabei indo para cesárea. Mas a minha obstetra disse que não fazia e eu não encontrei ninguém em Porto Alegre que fizesse....Ela até comentou comigo: *“eu não vou fazer perineoplastia em ti daqui algum tempo, hem?”* **Silêncio**” (Renata).

Assim, constata-se que a tecnologia institui formas disfarçadas, eficazes e até mesmo agradáveis de controle e coesão social e o *“não conformismo com o próprio sistema parece socialmente inútil”*, principalmente *“quando acarreta desvantagens econômicas e políticas tangíveis ameaçando o funcionamento suave do todo”* (Marcuse, 1969).

O fazer da enfermeira recebe a influência de suas experiências pessoais. Para Júlia, quando a expectativa é o parto vaginal mas ocorre a cesariana sem que tenha havido outras experiências de gestação e parto, as comparações e orientações transmitidas têm o matiz desta vivência.

“Eu não sei como me posicionaria pras pacientes se tivesse tido parto vaginal

com episio. Eu tinha me preparado pra parto de cócoras, mas eu fiz cesárea, então eu consigo me identificar com as cesariadas, mas com as de parto, não” (Júlia).

Os filhos de duas outras enfermeiras nascem através de partos vaginais com episiotomia e, em ambas, ocorrem complicações.

“A minha primeira episio abriu. Eu tive deiscência de sutura. Eu fazia curativos, na época era com nitrato de prata. Na segunda, eu fiquei mais imobilizada e funcionou melhor. A sutura foi com fio de nylon e não abriu, só espetava um monte. Eu tenho como experiência própria só fio de nylon. E cada vez foi um inferno pra sentar. Me doía bastante. As outras também incomodaram, mas não abriram. Hoje eu sinto dificuldades decorrentes de problemas no assoalho pélvico” (Bruna).

“A experiência pessoal que eu tive com a minha primeira episio foi terrível: infectou, eu tinha muita dor, pra sentar foi uma coisa difícil. Era o primeiro filho, tudo era difícil, a vida tinha girado 360 graus e achei aquilo muito desagradável. Ficou cicatrizando por segunda intenção e levou muito tempo pra deixar de me incomodar. No segundo pós-parto eu não tive problemas. Nem me lembro mais pra te dizer. A minha primeira não foi uma episio grande...” (Fernanda).

Uma destas enfermeiras teve quatro partos vaginais, todos com episiotomia. O sentimento de desconforto gerado por suas episiotomias, além da sensação de que as mesmas não preveniram a sustentação de estruturas musculares e pélvicas, se traduz em sentimentos de perda, além da percepção de que cesarianas preveniriam tais problemas.

“Vide meu próprio exemplo. Uns GIGs³³ como meus filhos, mil vezes preferível uma cesárea do que uma episio e depois ter que fazer perineoplastia, por exemplo. Pelo menos este é o sentimento que eu tenho, a partir da minha própria experiência. Pra mim não adiantou nada. Risos/**Silêncio**” (Bruna).

Por ter vivenciado somente experiências de partos com episiotomia, é favorável a outros tipos de parto como opção para o nascimento, inclusive os chamados alternativos. Ao falar sobre as poucas ocasiões em que orienta outras

³³ GIG - Grande para a Idade Gestacional

alternativas para o parto, questiona-se e reflete sobre o fato de serem poucas as ocasiões de parto alternativo em nosso meio. Quando fala sobre as poucas ocasiões em que orienta outras alternativas para o parto, questiona-se e reflete sobre o fato de não haver parto alternativo em nosso meio.

“O que eu acho de não ter parto alternativo? Ah, eu acho muito ruim. Como mulher e como mãe eu já tive todas estas experiências de ter tido a episiotomia, né? Eu sei bem o que é”... (Bruna)

Somente uma das enfermeiras considera que os partos devem continuar sendo realizados com episiotomia de rotina pois condiciona um períneo em boas condições, depois do parto, à realização desta técnica.

“Eu acho que a episiotomia deve continuar sendo feita pra que não haja laceração e por isto oriento neste sentido” (Fernanda).

Predomina a não concordância quanto a realização rotineira da episiotomia; há reflexões relacionadas às experiências pessoais e justificativas para a não orientação de alguns de seus aspectos.

Grande parte dos obstetras pertencem ao sexo masculino, portanto não passam pela situação de parto. As médicas obstetras assumem a profissão que possui características masculinas e, por pertencerem ao meio, não questionarem ou acreditarem na episiotomia, terminam sendo submetidas a este tipo de parto ou à cesárea.

Em relação às experiências pessoais, são ponderadas situações em que a episiotomia é benéfica, não infecta e tem boa cicatrização (seria necessária?) e situações em que há complicações advindas da má técnica nos cuidados com a incisão ou na proteção do períneo (melhor uma cesárea?).

“É, eu vejo que pra muita gente dá tudo certo: não infecta, fica uma cicatrização bonita. Acho que pra alguns casos tem sido bom. Mas vejo episiotomias muito mal feitas e outras, como eu, depois tem que fazer perineoplastia, porque não adiantou: deu laceração mesmo com episiotomia.

Foi o que me aconteceu; um ótimo profissional atendendo, acontece coisa desse tipo. (...)Eu tenho como experiência própria só fio de nylon. E cada vez foi um inferno pra sentar” (Bruna).

“Bem, eu não tive parto vaginal, então eu não tive a experiência da episio em mim. Eu não sei como é que seria, realmente...talvez fosse bem diferente, hoje, a minha percepção e a minha forma de colocar as coisas. Ah! Talvez eu falasse com mais indignação” (Júlia).

“Assim como várias outras coisas que eu mudei de opinião, que tudo tem o seu momento, tudo tem sua avaliação. Eu acho que não deve ser feito indiscriminadamente sem uma avaliação prévia. Porque tem casos que eu acho que não precisaria ser feita episio” (Renata).

Retzky e Rogers (1995) relatam serem múltiplas as estruturas e mecanismos fisiológicos que asseguram continência urinária à mulher, e de maneira geral a incontinência urinária torna-se clinicamente aparente apenas quando acontecem múltiplas falhas nestes mecanismos. Relatam que as disfunções intestinais freqüentemente afetam a incontinência urinária e tendem a agravar todos os distúrbios do assoalho pélvico, sendo que a constipação intestinal é, provavelmente, a segunda causa mais importante entre os fatores predisponentes na incontinência urinária. Estes autores recomendam tratamento conservador visto que há possibilidade de melhoras de 50% a 90% nos sintomas em 12 semanas, através de exercícios apropriados ou terapia comportamental. Será que todos os profissionais estão cientes disto?

“Tenho uma paciente com três filhos de parto normal com amplas episiotomias feitas e pouco tempo depois do terceiro filho teve prolapso uterino importante, assim como a mãe dela teve. Uma outra senhora teve duas cesarianas, as duas fora do trabalho de parto e ela teve prolapso de bexiga, também. (...) Sabe-se que a episiotomia não previne sempre um prolapso de bexiga, de reto. Não previne lacerações...” (...) Não existe nada que diga: cortando vai melhorar isto, vai melhorar aquilo. É uma impressão que se tem. É mais rápido. (...)Se a gente deixasse pra ver o que acontece, haveria menos rupturas e se houvessem rupturas, elas deveriam ser corrigidas. Eu acho que a correção da ruptura, se bem feita, seria menos danosa que a imensa maioria das episios” (Ricardo).

Sleep e Grant (1987) não detectam diferenças relacionadas à incontinência urinária entre grupos de mulheres, episiotomizadas ou não, três anos após o

nascimento. Klein et al. (1992) também não encontram diferenças entre grupos de mulheres com e sem episiotomia, relacionadas ao afrouxamento da musculatura do assoalho pélvico.

8.6 As contradições

A princípio, as contradições não são lidas e percebidas como tal. As releituras finalmente revelam falas contraditórias ou incoerentes as quais emergem de um mesmo respondente ou deste com os demais.

Ao mesmo tempo em que o médico refere disponibilidade da instituição para algumas mudanças, surgem relatos sobre a disposição momentânea do médico (humor) quando as usuárias solicitam atendimento diferenciado, como por exemplo, a presença do pai da criança durante a permanência na UCO. A literatura recomenda a presença do pai ou pessoa com que a mulher sinta-se segura (Ziegel e Cranley, 1985) e sendo a segurança um direito e uma necessidade do ser humano, a permanência de alguém que propicie este sentimento não podem ficar ao sabor do humor do médico de plantão.

“Assim como algumas me perguntam: meu marido vai poder assistir o parto? Não sei. Depende da equipe que estiver, do bom humor do plantonista ou do contratado” (Renata).

Outra situação interessante é a questão da ampliação no número de atendimentos em sala de parto e a manutenção do mesmo tempo de internação no puerpério: para parto vaginal, 48 horas e cesariana em torno de 72 horas. Isto acarreta elevada taxa de ocupação de leitos na UIO e a conseqüente permanência das puérperas mais recentes na UCO, fazendo com que algumas mulheres tenham alta desta unidade diretamente para casa.

Nos serviços onde ocorrem partos de cócoras há redução no tempo de permanência hospitalar. Em serviços conveniados ao SUS, este tipo de parto é fator a considerar-se na questão da falta de leitos obstétricos.

O Ministério da Saúde prevê a humanização do parto, e reconhecendo a importância de não separar-se mãe e filho, recomenda o sistema de alojamento conjunto obstétrico e pediátrico. No entanto, este processo ainda não tem sua dimensão esgotada considerando-se que o alojamento conjunto pode iniciar-se a partir da sala de parto.

Ressalta-se, uma vez mais, o menosprezo da qualidade pela quantidade ao desativar a sala de parto vertical e transformá-la em sala de parto convencional.

“O movimento de partos aumentou tanto, o número de vagas se tornou insuficiente que aquela sala que era guardada para os partos de cócoras não é mais, e a cadeira de partos foi retirada de lá” (Ricardo).

A seguinte contradição diz respeito ao fato de as enfermeiras saberem como e porque realiza-se a episiotomia, ao mesmo tempo em que não concordam com a aplicação de rotina do procedimento. Por considerarem agressivo este proceder, minimizam e suavizam as informações fornecidas, não percebendo que, assim, perpetuam este fazer. O mais conveniente nestas situações é calar. Calar para não gerar conflito. Calar para não discordar e assim perpetuar o “status quo”.

“Eu falo um cortezinho. Eu não consigo dizer pra ela que é um cortezão enorme. Não vou dizer isso. (...) eu fico constrangida de falar de uma coisa que eu não concordo. Explicar como é que é e ao mesmo tempo não posso falar contra essa coisa, porque eu acho que só vai piorar a situação dela. Ela vai saber que é melhor não ter episio, mas vai chegar na hora e vai fazer. Fazem de múltíparas que antes não tiveram episio em partos anteriores! (Júlia)

Considerada uma agressão, a episiotomia não é revelada como tal, e não é mostrada através de material fotográfico para não impressionar as mulheres. Na fala de uma das enfermeiras, vislumbra-se alternativa para a conscientização das mulheres quanto a esta prática: mostrar os slides de períneo aberto em episiotomia para que vejam o tamanho da agressão enquanto procedimento de rotina.

“A episio é mais uma das agressões. Se as pessoas vissem como fica um períneo aberto elas não deixavam fazer, episio, nunca! É que a aparência de uma episiotomia é muito feia: aquela coisa escancarada” (Júlia).

Aos procedimentos ligados ao parto é associada mais uma dificuldade para a mulher: não há possibilidade de escolha da posição para parir. E no puerpério, além das dificuldades relacionadas aos processos de adaptação ligadas ao período, está a recuperação da episiotomia.

“O parto horizontal me parece muito mais difícil pra mulher, então a episio talvez seja necessária nesse tipo de parto pela postura que ela está, anatomicamente falando. Mas no de cócoras, não tem por quê. E eles fazem mesmo no de cócoras. Quando alguém consegue fazer de cócoras eles ainda fazem episio pra garantir.... garantir que não rasgue. A idéia é essa” (Júlia).

O conhecimento é repassado às mulheres com a intenção de que considerem o procedimento adequado à situação de parto. Conhecimento passado erroneamente pelas enfermeiras.

Percebe-se que não há segurança por parte das enfermeiras quanto aos conhecimentos sobre fisiologia da gestação e parto. Assim, o enema pode ser associado a possibilidade de surgimento de hemorróidas ou que infecção ocorre nas “*episios grandes*”.

“Tem outras coisas: enema. Pra que fazer enema? Faz enema se precisa fazer, agora se não precisa fazer, não faz. Não é rotina. Mas a rotina diz que tem que fazer! Tem algumas coisas que a gente pode questionar se realmente é válido” (Ricardo).

“Tem até um caso que aconteceu com uma colega nossa, que não fez enema, e o nenê era bem grandão. Eu explico que as hemorróidas que ela apresentou foram por não ter feito o enema e explico, também, que serve para facilitar a saída do nenê” (Renata).

“Nesses anos todos, eu tenho a percepção, que as episios que infectavam eram episios grandes (...) A experiência pessoal que eu tive com a minha primeira episio foi terrível: infectou, eu tinha muita dor, pra sentar foi uma coisa difícil. A minha primeira não foi uma episio grande...” (Fernanda).

Outro desconhecimento se verifica quando a episiotomia surge como única alternativa para a ausência de lacerações decorrentes do parto. Este pensamento é coerente com as orientações da respondente mas não com a possibilidade de parto

sem lacerações e sem episiotomia.

“A minha percepção sobre o que oriento e o que penso sobre a episíio é coerente (...) Eu acho que a episiotomia deve continuar sendo feita pra que não haja laceração e por isto oriento neste sentido” (Fernanda).

Há, também, dificuldades de associação dos conhecimentos existentes sobre anatomia/fisiologia da gestação e parto com as conseqüências para a mulher independentemente do tipo de parto: a frouxidão dos tecidos está mais associada à características individuais da mulher e de cada gestação do que ao parto vaginal ou cesáreo. Assim, na percepção de uma enfermeira, cesarianas evitariam a necessidade da perineoplastia que os partos vaginais, com episiotomia, de quatros crianças GIGs não evitaram. Para a outra, não houve argumentos para a afirmação da médica quanto à necessidade de perineoplastia em conseqüência do parto de cócoras.

“Vide meu próprio exemplo. Uns GIGs como meus filhos, mil vezes preferível uma cesárea do que uma episíio e depois ter que fazer perineoplastia, por exemplo. Pelo menos este é o sentimento que eu tenho, a partir da minha própria experiência. Pra mim não adiantou nada. Risos/**silêncio**” (Bruna).

“Eu pensei em fazer parto de cócoras e acabei indo para cesárea. Mas a minha obstetra disse que não fazia e eu não encontrei ninguém em Porto Alegre que fizesse....Ela até comentou comigo: *“eu não vou fazer perineoplastia em ti daqui algum tempo, hem?* **Silêncio**” (Renata).

Em questionário aplicado pela autora durante as disciplinas do mestrado às três escolas de graduação em enfermagem de Porto Alegre e grande Porto Alegre, constata-se que não se estimula a participação da mulher na decisão do tipo de parto e as informações fornecidas às alunas quanto à episiotomia referem-se a higiene e conforto após sua realização. Verifica-se, então, uma congruência do fazer com o ensinado; do saber transmitido nas escolas consolidado na prática, apesar das reflexões e pensamentos advindos de conhecimentos adquiridos à posteriori.

“Então eu fico nessa de omissão, assim, eu não falo que existe corte. Se ela me perguntar, explico como é que é, mas não é uma coisa que eu concorde. É bem difícil esse posicionamento. Eu não dizer. Realmente, negar que seja

feito, eu não posso. Estimular que brigue pra que não seja feito... eu acho complicado, também. Pelo tipo de profissional que a gente tem aqui atendendo, provavelmente, nos outros hospitais também são assim ou piores” (Júlia).

“Muitos casos não precisaria e outros mesmo fazendo, não adianta. Em alguns casos acho que seria legal mas *de rotina eu acho forte*” (Bruna).

Silva (1991), afirma que “*grande parte da comunicação envolvida na fala ocorre num nível não verbal*” através de gestos, tom de voz, expressão facial, direção do olhar, mãos. É importante que estas ações se apresentem coerentes entre si para que ocorram trocas de mensagens adequadas entre as pessoas uma vez que as relações entre elas acontecem essencialmente através da comunicação.

Supõe-se a forma mecânica com que informações sobre episiotomia sejam prestadas, pois para a maior parte das enfermeiras não há coerência entre o que pensam sobre o assunto e o que devem orientar.

“Tem uma distância entre o que eu penso e o que oriento, né? Risos. Eu oriento em cima da realidade. Não adianta o meu sentimento. O meu sentimento fica guardado. Eu não posso fazer nada. **Silêncio** É, eu não posso, pois como vou orientar em cima de uma possibilidade que não existe? Eu oriento em cima da rotina de que a episiotomia é feita. **Silêncio**. É isso aí. **Silêncio**” (Bruna).

Percebe-se, nas falas de Bruna, contradição quanto ao direito de escolha da mulher: acima, as necessidades pessoais atendidas pelo médico; abaixo, a transferência da indicação, exclusivamente, ao médico que entenderia a situação emocional e física vivenciada.

“Acho que vai chegar a um ponto, talvez, de se poder optar, não digo ao nível da paciente, porque até a paciente não tem como saber, também, né? Como é que eu como paciente posso saber se eu vou precisar ou não” (Bruna).

Na fala que segue, constata-se incoerência, pois o atendimento de saúde é previsto partir da demanda e não a partir da necessidade em ensinar determinados procedimentos. Distorce-se, assim, o processo de ensino-aprendizagem nestes

“Acho que vai chegar a um ponto, talvez, de se poder optar, não digo ao nível da paciente, porque até a paciente não tem como saber, também, né? Como é que eu como paciente posso saber se eu vou precisar ou não” (Bruna).

Na fala que segue, constata-se incoerência, pois o atendimento de saúde é previsto partir da demanda e não a partir da necessidade em ensinar determinados procedimentos. Distorce-se, assim, o processo de ensino-aprendizagem nestes locais favorecendo a formação de profissionais com visão distorcida do atendimento a ser prestado. Nota-se, também, um reconsiderar freqüente, denotando reflexões sobre o tema em questão.

“Sendo um hospital escola, o aprendizado não deveria ser direcionado somente para o parto com episiotomia, mas também não tão direcionado para o parto normal. Acho que deve ser bem variável: em cima de cada caso” (Bruna).

8.7 A crítica: avaliando a necessidade de episiotomia

Frente às colocações sobre as informações fornecidas a respeito da episiotomia, apresenta-se uma avaliação crítica dos próprios profissionais que realizam este ato cirúrgico por ocasião do *parto normal*.

“Acho que a gente tem que ser um pouco crítico em todas as coisas que faz. Depois de algum tempo realizando coisas dentro daquelas regras bem definidas, a gente sai e olha as coisas de cima e pensa: “- quem sabe isto aí não poderia ser de outra maneira? Esta rebeldia à lei é importante pra todos nós que podemos ser críticos, em algum momento, daquilo que nós estamos fazendo. Será que realmente é necessário fazer isto? Porque inventaram isto aí? Onde veio a idéia?” (Ricardo)

A episiotomia de rotina gera desconforto em quatro dos cinco profissionais entrevistados. O sentimento de que as informações são incompletas ou não são dadas é marcante. Tanto que para um deles há a percepção de que mesmo havendo explicações completas sobre o procedimento em si, não há argumentos para sua rotina.

freqüente sua realização e as justificativas ouvidas são as de que é melhor incisar mesmo que a mulher sinta um pouco de dor do que lacerar. No momento da contração, a apresentação pressiona a inervação local impedindo a dor da incisão; a incisão é realizada imediatamente após a anestesia em situações de expulsão imediata. Lembremos que a percepção de dor é individual, diferente de pessoa a pessoa, mas sempre dor.

Através de exame físico durante a gestação e/ou pela história pregressa da mulher, avalia-se a necessidade ou não da realização da episiotomia.

“Algumas vezes a gente examina a mulher e vê que algumas têm uma vagina muito apertada que mal consegue passar um, dois dedos. Outras mulheres tem os grandes lábios, e os pequenos, bem franzidos que permitem que se distendam e abram bem a vagina permitindo uma passagem fácil do bebê, sem laceração. E outras normais que pode ser que precise ou pode ser que não precise. A gente examina e, em algumas circunstâncias, aposta que não há necessidade de episiotomia” (Ricardo).

“Há cada episio tão pequena que não teria porquê. Uns períneos enormes ... tem múltiparas... Eu atendo muitas de 40 anos, hipertensas, que tem uma boa gestação e tu notas que tem um baita de um períneo, né? E umas episios... que não teria necessidade nenhuma. Eu acho que deveria ser feita uma avaliação” (Renata).

“Então tem casos que eu acho até que não precisaria. Muitos casos não precisaria e outros mesmo fazendo, não adianta” (Bruna).

Nota-se, nos relatos dos sujeitos da pesquisa, a preocupação quanto ao fato de existirem razões para a não realização da episiotomia e, também, quanto a continuidade da realização indiscriminada, sem utilização dos critérios já existentes para sua prática.

“Então, às vezes a gente vê que existe razão de ser e outras vezes não tem razão nenhuma de ser! As coisas são passadas de pai para filho e a gente vê que não tem sentido. Há coisas que estão muito em moda, né? Na medicina tem muita moda. A coisa vai e vem, vai e vem, vai e vem” (Ricardo).

Eu acho que é falta de reavaliar mesmo. De quem deve partir isto? Até não sei. É como tantas outras coisas que vão e que voltam dentro da própria medicina, dos próprios rumos que a coisa toma ou deixa de tomar, mas eu acho que é falta de reavaliar. **Silêncio**” (Bruna).

A avaliação de cada mulher, de maneira individualizada, não é constatada em nenhum dos momentos em que é possível decidir por sua não realização.

“Eu acho que não deveria ser feito indiscriminadamente, não. Eu não sou contra nem a favor. Eu acho que cada caso é um caso. Em nenhum momento eu vejo que é feita uma avaliação individualizada. Nunca. Eu só noto que: o parto é normal? Tá completa? Entra pra sala de parto. O residente ou doutorando já tá com o bisturi e tesoura na mão pra fazer a episiotomia. **Silêncio**” (Renata).

“Em alguns casos acho que seria legal mas *de rotina eu acho forte*” (Bruna).

“Hoje eu coloco assim: há partos que precisam episio, há partos que não precisam episio e a aí gente tem que ver” (Ricardo).

Apesar de a mulher merecer uma avaliação específica para a realização da episiotomia, verifica-se que os profissionais não discutem ou reavaliam as rotinas.

“Eu acho que continua sendo uma rotina porque, como sempre, em muitas coisas, não reavaliam. Eu acho que há muito tempo atrás foi instituída a episiotomia como salvação, e agora a gente está num outro extremo: o extremo de fazer sempre. Acho que existe possibilidade de mudança desta realidade. É como um exército onde todo mundo começa a marchar pro mesmo lado e ninguém mais pensa. Isto acontece muito na medicina, na saúde. Também há outras coisas que seguem fazendo e não questionando mais. Porque é uma rotina segue sendo uma rotina” (Bruna).

Moses (1994) relata o estudo de Sleep et al.³⁴ com a participação de 1000 mulheres submetendo-as a uma das duas políticas destinadas a minimizar o trauma perineal no parto espontâneo: a primeira restringe a episiotomia a indicações fetais e, a segunda, estende-se à prevenção de dilaceramentos do períneo, reduzindo a taxa de episiotomia para 10% no primeiro grupo, enquanto que no segundo mantém-se idêntica às praticadas antes do estudo, ou seja: 51% a favor dos 52% anteriores. Em 1994, a taxa de episiotomia no Royal Berkshire Hospital, na Inglaterra, é de 20%. Em tempos de contenção econômica, esta investigação proporciona não só redução de gastos com materiais mas também do tempo

³⁴ SLEEP, J. et al.. West Berkshire Perineal Management Trial. Br med j. - BMJ -, v. 289, p. 587-90, 1984. Apud Moses, 1994. Apud Lydon-Rochelle, 1995.

perineal no parto espontâneo: a primeira restringe a episiotomia a indicações fetais e, a segunda, estende-se à prevenção de dilaceramentos do períneo, reduzindo a taxa de episiotomia para 10% no primeiro grupo, enquanto que no segundo mantém-se idêntica às praticadas antes do estudo, ou seja: 51% a favor dos 52% anteriores. Em 1994, a taxa de episiotomia no Royal Berkshire Hospital, na Inglaterra, é de 20%. Em tempos de contenção econômica, esta investigação proporciona não só redução de gastos com materiais mas também do tempo utilizado pelo pessoal médico e de enfermagem na sutura de períneos.

O relato das enfermeiras quanto à possibilidade das usuárias questionarem alternativas para o parto junto aos médicos é de ceticismo. Para as enfermeiras, o principal objetivo das gestantes é conseguir um local onde seus filhos nasçam com segurança e questionamentos supostamente inconvenientes atuam como fatores desfavoráveis na concessão do atendimento tanto no ambulatório quanto na unidade de internação hospitalar. Então, a solicitação ou questionamento da paciente sobre a possibilidade de não realizar a episiotomia, durante o pré-natal ou ao internar-se para o parto, não é percebida como alternativa viável pelas enfermeiras.

“Na minha experiência eu acho que elas não vão questionar. Das que fazem o curso, até uma ou duas questionariam isto, tem outra visão, quer saber mais. Além disto, a equipe do pré-natal não vai fazer o parto. (...) O que é falado pra elas, é um pouco lei e o objetivo dela, aqui, é uma vaguinha. Nem que ela fique sentada no cantinho, como elas nos dizem. Elas só vão responder o que o doutor perguntar, e ouvir o que o doutor disser, e não vão questionar muito” (Renata).

Este pensamento é corroborado pelo médico respondente que salienta o fato de quando uma gestante vem para o HCPA na condição de usuária do SUS, já sabe que será atendida por profissionais escalados para aquele dia. Estas usuárias até poderiam ter o desejo de ter um familiar acompanhando ou de não ter “pontos”, se possível, mas muitos destes pedidos são considerados, pelo médico de plantão, ofensas. Seu poder não concede à usuária o direito a interferências e solicitações além do que ele pensa ser melhor para ela. Ele, geralmente, parte do pressuposto

ser. Ele é o *cobra*. Tu não tem direito de interferir, de pedir coisas que tu não sabe: eu sei o que eu faço pra ti, o que é melhor pra ti. Este é um pensamento que eu tenho” (Ricardo).

“Não dou informação sobre a episiotomia porque gera um conflito maior pra ela. É a mesma coisa que dizer que pai pode entrar na sala de parto, quando a gente sabe que pai não entra. Então, gerar uma expectativa pra que no momento de crise, em trabalho de parto, lá, assustada, ela exija uma coisa que vai criar conflito com ela e a equipe, provavelmente até um atendimento pouco amistoso por parte da equipe médica. A gente sabe que é assim que eles se comportam” (Júlia).

“Assim como algumas me perguntam: *meu marido vai poder assistir o parto?* Respondo: não sei. Depende da equipe que estiver, do bom humor do plantonista ou do contratado” (Renata).

O médico destaca a abertura que o serviço demonstra, em algumas situações, para a avaliação e mudanças nas rotinas. Como exemplo, fala da mudança na rotina de realização da tricotomia. Esta mudança foi iniciada a partir de um trabalho de pesquisa realizado por docentes da EEUFRGS em conjunto com as enfermeiras da unidade de Centro Obstétrico do HCPA.

“Até pode-se questionar se um determinado procedimento realmente é válido. Nós até questionamos a algum tempo a tricotomia. Olha, tá escrito que deve-se raspar, mas tá escrito que é bom raspar? Absolutamente. Dá muito mais infecção, incomodação, muito mais desagradável, perda de tempo e gasto de material raspando os pelos. É uma espécie de agressão, né? Pra higiene... Mas que higiene? (Ricardo)

Quanto á possibilidade de mudanças e estímulo aos profissionais que realizam o parto, há ceticismo por parte dos entrevistados. Não são verbalizadas as razões, mas há reflexões. Apesar das dificuldades apontadas, nota-se, pelas falas, interesse e estímulo por parte de profissionais e da própria instituição, pois a cadeira para o parto de cócoras é um investimento autorizado pela instituição.

“Convencer eles... conversar até se pode. Agora, convencer... Tanto que os próprios colegas deles não conseguiram. O residente se esforçou um monte: chamou a atenção de todo mundo no parto de cócoras. Conseguiu fazer a tal da cadeira. Saiu daqui, acabou! O professor está aqui há anos e ninguém segue os passos dele” (Júlia).

próprios colegas deles não conseguiram. O residente se esforçou um monte: chamou a atenção de todo mundo no parto de cócoras. Conseguiu fazer a tal da cadeira. Saiu daqui, acabou! O professor está aqui há anos e ninguém segue os passos dele” (Júlia).

“Só que aquela sala de parto foi desativada porque ninguém mais fez depois do residente. Acho que isto já faz mais de seis anos e não tem quem faça...” (Renata)

“A sala onde ficava a cadeira de partos é, hoje, mais uma sala de recuperação do puerpério” (Ricardo).

Chiavenato (1993) afirma que no modelo burocrático, as atividades são distribuídas de maneira impessoal, sendo ressaltados cargos e funções e não o envolvimento pessoal, a fim de garantir sua continuidade ao longo do tempo. Assim, as pessoas vêm e vão e os cargos, com sua área de abrangência, competência ou responsabilidade, permanecem porém, dentro deste modelo são criados mecanismos que abrem a possibilidade para mudanças criativas. Neste sentido Selznick (1949)³⁵ salienta o desenvolvimento de estruturas informais geradoras de atitudes espontâneas dos indivíduos e subgrupos que as torna indispensáveis e paralelas ao próprio sistema formal de delegação e controle que, para atingir seus objetivos, deve lançar mão de “*dois mecanismos de defesa*”: a *ideologia* que utiliza seu conjunto de crenças e idéias desenvolvidas pela organização, como justificativa ou barreira racional para as ações da própria empresa e a *cooptação* cujo processo de absorção de pessoas vindas de outras organizações tornam mais fáceis algumas mudanças na estrutura de decisão da organização, atuando, assim, como um meio de evitar ameaça a sua estabilidade. Desta forma, um outro olhar para a episiotomia, externo à organização, poderá permitir uma reflexão sobre a rotina prescrita até então.

³⁵ SELZNICK, Philip. T. V. A. and the Grass Roots, cit., 1949, p.13. Apud Chiavenato, 1993, p. 440.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O movimento de ir e vir entre as unidades de registro oriundas das entrevistas com puérperas e profissionais que atuam em programas de pré-natal, faz surgir, de modo inesperado, a figura de uma câmara, carregando em seu "olho" a multiplicidade de imagens captadas ao longo desta pesquisa. Privilegiada pela posição da pesquisadora, a filmagem supera as expectativas.

A câmara foca a imagem inicial: a episiotomia é realmente indispensável? Esse movimento exige um *zoom* apropriado e a imagem se amplia com as falas dos sujeitos da pesquisa e imprime novos movimentos, desvelando cenas sucessivas, carregadas de significado, sentimentos, vida. Não há como furtar-se a avançar, a deter-se mais demorada e intensamente nos pequenos focos de luz que surgem por trás de sons, até então silenciosos, sussurrados, aparentemente plácidos. Cada foco se amplia, toma formas diferentes e enquanto o "olho" da câmara avança, mais e mais as imagem tornam-se claras e, ao rodar o filme, numa leitura final, os focos de luz assumem forma e cor difícil de destacar. A questão inicial, inserida em contexto específico, gera outras e mais outras, reveladoras de coragem para ver e não apenas olhar. E, por trás do "olho" da câmara, o olhar reflexivo da pesquisadora retém a síntese da cena: - uso indevido de técnicas invasivas no corpo feminino; remuneração a médicos e instituições pelo parto com episiotomia, dificultando, por este motivo, possíveis mudanças desta prática;

submissão das mulheres à práticas "de saúde" invasivas sem indicação adequada; submissão dos profissionais à rotina institucional, dificultando a modificação das práticas atuais de episiotomia indiscriminada para a orientação e realização da seletiva; o mito do melhor desempenho sexual com períneo sem lacerações ou com cicatrizes de aspecto indesejado.

Novamente aciona-se a câmara e as puérperas revelam-se figuras que ignoram seus direitos. Percebem incompletas e insuficientes as informações recebidas. Ressentem-se pela falta de orientação sobre complicações oriundas do procedimento e, quando fornecidas, limitam-se à possibilidade de infecção. Atribuem os desconfortos decorrentes de tenesmo vesical ou intestinal à episiotomia e não à pressão exercida pelo feto no canal vaginal. Queixam-se de dor que persiste por dias, para algumas e, meses ou anos, para outras. Consideram impossível o parto sem episiotomia no HCPA, pois é rotina. Ao refletiram sobre a rotina, durante as entrevistas, julgaram difíceis as mudanças para o que consideram "parto normal". Por falta de opção, tanto na instituição onde se realiza o estudo ou em outras maternidades de Porto Alegre ou por falta de informações específicas, submetem-se à rotina preconizada.

O próximo *zoom* traz a figura dos profissionais para muito perto da pesquisadora, revelando em suas falas que a episiotomia de rotina é um procedimento agressivo e por esta razão, as informações fornecidas limitam-se à rotina de sua realização, cuidados de higiene perineal e, eventualmente, a sinais de infecção local. Percebem não existir possibilidade de parto sem episiotomia. As exceções ocorrem quando as mulheres têm seus filhos a caminho do hospital, na sala de pré-parto, ou são acompanhadas por profissional que realiza parto sem episiotomia, devidamente remunerados.

Os lapsos de silêncio, ocorridos durante as respostas dadas pelas profissionais expressam suas reflexões sobre o abismo existente entre o atendimento de suas necessidades, necessidades das usuárias entrevistadas e a realidade existente. Os silêncios nos indicam, também, pontos de vulnerabilidade a serem trabalhados para a elaboração de objetivos conjuntos de usuárias e profissionais para a melhoria da assistência.

Finalmente a pesquisadora amplia a imagem visualizando que puérperas e profissionais mesclam atitudes ao não questionarem a rotina do procedimento. porém, consideram possível o parto sem episiotomia a partir da conscientização de quem orienta, quem realiza o procedimento e das usuárias, através das informações fornecidas nas consultas, nos cursos, nas palestras e da ação dos meios de comunicação abrangentes, como a televisão.

Em reunião para avaliar os resultados, enfermeiras de unidades que atendem parturientes e puérperas (UCO e UIO) informam desconhecer a percepção das usuárias sobre a episiotomia e julgam necessário conhecer o presente estudo na íntegra para fins de suporte na assistência prestada. Os presentes na referida reunião julgam, também, conveniente a discussão da episiotomia enquanto rotina e a criação de atividades que estimulem a prática de seu uso seletivo.

Repensar o uso rotineiro da episiotomia requer disponibilidade para mudar a qualidade da assistência prestada. Porém, mudanças geram incertezas em profissionais e usuárias quanto às suas competências, que perguntar-se-ão: Seremos capazes? Valerá a pena?

A rotina tolhe a capacidade de escolha, limita a vontade e o exercício criativo da liberdade devendo ser transformada em possibilidade de escolha a ser determinada nos momentos de necessidade.

Quanto à atualização dos profissionais para o parto sem episiotomia, lembre-se que não há esta abordagem prática nas Faculdades de Medicina e Escolas de Enfermagem nas quais os profissionais entrevistados são ensinados ou trabalham. Portanto, não há atualização quanto a tais conhecimentos.

A finalidade prática desta pesquisa não visa resultados imediatos. Também não fornece um guia simples para mudanças. Porém estimulando-se a reflexão sobre o fazer dos profissionais, relativo ao parto, permitindo-se que neste fazer haja espaço para tentativas de práticas diferenciadas e igualmente eficazes da rotina atual, alertando-se as mulheres sobre a utilização de seu corpo como cobaias humanas para

a prática cirúrgica de incisar e suturar, possibilitar-se-á a prática eficaz que, conforme Pages et al. (1990), é consequência de um conhecimento íntimo, profundo e atualmente escasso, dos processos de poder.

A pesquisadora desliga a câmara. É hora de reter na mente as imagens do filme e refletir sobre cada cena. À paisagem criada por mãos humanas, legalizada, manipulada indiscriminadamente, cujo foco não é um simples objeto, mas a criança e sua mãe, deve ser olhada cuidadosamente para que não seja substituída quase que totalmente pelo nascer natural.

O filme não termina. Outros poderão tomar a câmara e continuar o trabalho. Cada pesquisador utilizará um novo foco, uma nova luz e a cada mudança de cenário descortinar-se-á outra faceta revelando que

"Para mudar o mundo é necessário mudar antes, a forma de nascer.

Michel Odent³⁶

³⁶ Apud Rodrigues. 1997, p. 14.

IMPLICAÇÕES DO TRABALHO PARA A ASSISTÊNCIA

Os resultados do trabalho apontam para a necessidade de os profissionais da saúde ouvirem as mulheres, não ignorando, desconsiderando ou minimizando suas informações, queixas e observações como se fossem "lamentações de mulheres". Assim, devem ser criadas condições para que elas sejam estimuladas a identificar suas próprias necessidades, estratégias e soluções relacionadas a sua gestação e parto. As bases de criação destas condições devem ser a verdade, cientificidade e condições adequadas para uma boa resolutividade, levando-se em consideração a violência de gênero contra a mulher no panorama de políticas e programas governamentais e institucionais, buscando um mecanismo de prevenção contra o abuso de poder sobre o corpo feminino. De acordo com Shallat e Paredes (1995), para que estas situações se concretizem, deve-se levar em conta que as mulheres são agentes sociais ativas e não um grupo incapaz.

É necessário que a assistência pré-natal seja adequada. As orientações e informações fornecidas no ciclo grávido-puerperal devem contemplar as vantagens da tecnologia sobre o corpo e não colocar esta tecnologia como condição indispensável para um bom nascimento ou parto. Entenda-se como tecnologia, o exercício psico-físico para o parto, o enema, a tricotomia e a episiotomia de rotina entre outras.

A revisão criteriosa do posicionamento do especialista frente a assistência de saúde prestada é condição indispensável para que sejam evitados o excesso de

tecnicismo e o encantamento com determinadas tecnologias (como a episiotomia de rotina) que acabam sendo iatropatogênicas na medida em que introduzem um enfoque patológico ao processo de nascer, provocam traumatismos e áreas cicatriciais desnecessárias, além de aumentarem os riscos de complicações indesejáveis.

A educação dos indivíduos desde a infância, no lar e escola, para a maternidade e paternidade responsável, devem explicitar as formas de nascimento e o entendimento que a melhor maneira de nascer é a natural, sendo as demais excelentes quando a primeira apresenta alguma falha em seu processo. Neste campo a enfermeira poderá atuar nas escolas como formadora de opinião, proferindo palestras, esclarecendo dúvidas, estimulando e introduzindo comportamentos para uma vida mais saudável. Entre os comportamentos a serem estimulados estão os relacionados ao fortalecimento da musculatura perineal, abdominal e dos membros inferiores, assim, o hábito de sentar-se ao chão nos momentos em que são contadas histórias e formadas as "rodas" para a livre expressão do pensar, desde a pré-escola, podem ser úteis em diversas situações de vida.

A informação adequada, junto à condutas e comportamentos coerentes entre si, desde a tenra idade tendem a formar um adulto mais saudável. A responsabilidade individual de educadores e educandos reflete-se não só num corpo saudável mas no de toda a sociedade.

Os profissionais da área de saúde, que atuam frente à comunidade, aplicam seus conhecimentos em sua prática diária. Quando a atuação ocorre em instituição onde há a presença de estudantes desta mesma área, verifica-se uma coerência entre os ensinamentos transmitidos aos alunos e a assistência prestada à população. Assim, de maneiras diferentes, um mesmo procedimento ou informação circula entre docentes, discentes e usuários. Por isto, o ensino dirigido quase que exclusivamente ao nascimento através do parto com episiotomia ou cesariana, recria esta realidade a cada nova situação, concentrando a realização dos partos à

classe médica. A mudança num destes elos faz com que o novo conhecimento forme um novo círculo, onde informação ou procedimento sejam novamente coerentes entre profissionais, alunos e população.

O direito da mulher e seu companheiro quanto a informações e atendimento adequados estão bem fundamentados no Código do Consumidor, faltando uma implementação adequada dos preceitos contidos em tais leis. Para tanto é necessário uma divulgação ampla de seu conteúdo à toda sociedade. Parece difícil tal mister quando uma grande parte da população não tem acesso às letras, mas é necessário destacar a importância de meios de comunicação como imprensa falada e televisiva suprimindo esta dificuldade bem como o empenho das comunidades na denúncia de suas dificuldades relacionadas à saúde.

A crescente onda de informações aos usuários quanto aos seus direitos enquanto “consumidores de saúde” trás, lentamente, consigo o despertar dos prestadores de saúde para seus deveres relacionados à segurança do cliente contra o risco provocado por práticas perigosas ou nocivas. Trás, também uma maior liberdade de escolha do usuário quanto aos procedimentos a serem nele realizados, a necessidade de informação adequada e clara sobre os diferentes procedimentos e a especificação correta dos riscos que apresentam. Consonante ao Código do Consumidor está o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, que afirma a necessidade de prestar informações adequadas ao cliente e família a respeito da assistência de Enfermagem, possíveis riscos e benefícios advindos dela além do respeito e reconhecimento do direito do usuário de decidir sobre si e seu tratamento.

Portanto, o ensino da “arte de partejar” necessita uma reflexão crítica da atual realidade que envolve profissionais nela comprometidos, sendo questão primordial a abolição de tecnologias invasivas nas situações de normalidade e a humanização do nascer através de tecnologia baseada na presença de familiar, permanência constante de profissional durante os períodos clínicos do parto e intervenção adequada quando necessário. O exemplo de algumas comunidades e a

história, apontam a enfermeira obstétrica como profissional adequada para o atendimento ao parto normal.

O esforço conjunto para modificação deste quadro, depende, também, da vontade política emanada de autoridades gerenciadoras da saúde, como dirigentes de instituições, associações de classes e governamentais que em gestos abertos, poderão ouvir afirmativas que expressam os anseios da população informada como as imanadas de Elisa e Gessi. Desta maneira, os momentos tantas vezes descritos nas falas das profissionais, onde as palavras estão ausentes, não se perpetuarão numa ética do silêncio.

“Eu vou sair daqui e falar pra todo mundo que há a possibilidade de não levar o corte. Todo mundo acha que só leva uns pontinhos de correção” (Elisa).

“Espero que tu consiga divulgar este trabalho pela minha filha que um dia vai ser mãe. Ela tem 12 anos. Quem sabe quando ela tiver 20 já existam mais opções” (Gessi).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALBORNOZ, S. Restrições e associações sobre os caminhos e descaminhos das ciências humanas. **Momento**, Rio Grande. v. 6, p. 7-13, 1993.
- 2 AMAR, Isaae; SOARES, Maria Manuel de Oliveira. A episiotomia: riscos e benesses. **Arquivos Brasileiros de Medicina**. Rio De Janeiro: ECN. v. 63, n. 2, mar./abr., 1989.
- 3 ANTHONY, S. et al.. Episiotomies and the occurrence of severe perineal lacerations. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology**, v. 101, p. 1064-1067, Dec. 1994.
- 4 ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco; Poética**. 4. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1991. (Os pensadores; v.2)
- 5 BRASIL. Decreto n.º 94.406, de 08 de julho de 1987 que regulamenta a Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício de enfermagem e dá outras providências. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **A nova lei do exercício profissional da enfermagem**. Brasília, 1987. p. 24-28.
- 6 BRASIL. **Código do consumidor**: atualizado de acordo com a nova Constituição/Organização dos textos e índices por Nello Andreotti Neto. São Paulo: Rideel, 1991a.
- 7 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil. **Assistência institucional ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido**. Brasília, DF, 1991b.
- 8 BURROUGHS, A. **Uma introdução à enfermagem materna**, 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- 9 CABRERA, Carlos et al.. Poliglactin 910 y Categut Crômico: evaluación clínica de su uso en las episiorrafías. **Revista de Obstetrícia e Ginecologia de**

Venezuela, v. 50, n. 3. 1990.

- 10 CALDEYRO-BARCIA, R. et al.. Período expulsivo: assistência clínica ao parto (estudo crítico). **Fêmeina**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 440, 1982.
- 11 CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1992.
- 12 CARVALHO, G.M. **Enfermagem em obstetrícia**. São Paulo: EPU, 1990.
- 13 CHAUI, Marilena de Souza. **O que é ideologia?** 15. ed. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- 14 CHIAVENATO, Idalberto. **Introdução a teoria geral da administração**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1993.
- 15 COMISSÃO DE PRONTUÁRIOS DO HCPA. **Manual para organização de prontuários**. Porto Alegre: HCPA, 1973.
- 16 CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Código de ética do profissional de enfermagem**. Rio de Janeiro: COREN-SC, 1993.
- 17 COSTA, Pedro Luiz. **Aspectos históricos da obstetrícia gaúcha**. Porto Alegre, 1992.
- 18 COSTA, Pedro Luiz. **Clínica obstétrica: manual do residente**, 2. ed. Porto Alegre: Emma, 1969.
- 19 COSTA, Sérgio H. Martins et al.. Operação cesariana. In: FREITAS, Fernando et al.. **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p.181- 198.
- 20 DAVID, M. Wer erfand den dammschnitt? Zur geschichte der episiotomie. **Zentraibl gynakol**. Leipzig, v.115, n.4, 188-193, 1993.
- 21 FARIA, E. M. Comunicação e Informação: instrumentos para a transformação da prática dos serviços de saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 4, n.1, p. 47-59, jan./jun. 1995.
- 22 FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1995.
- 23 FISCHER, Desmond. **O direito de comunicar: expressão, informação e liberdade**. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- 24 FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**, 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.
- 25 FREITAS, Fernando et al.. **Rotinas em obstetrícia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

- 26 FREITAS, Fernando et al.. **Rotinas em obstetrícia**, 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- 27 FUNCKE, Lia Brandt. **Opiniões e comportamentos de membros da equipe de enfermagem de uma unidade obstétrica sobre educação para a saúde para puérperas em alojamento conjunto**. Porto Alegre: PUCRS, 1993. Dissertação (Mestrado em Educação) - Curso de Pós-graduação, Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1993.
- 28 FUNDAÇÃO IBGE. Resolução nº 44 de 26 de agosto de 1994. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Seção 1, p. 13.097, 31 ago. 1994.
- 29 GADAMER, H. G. **A razão na época da ciência**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1993. p. 41-57.
- 30 GAUDERER, E. C. **Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência**, 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 1991.
- 31 GELAIN, Ivo. A ética na enfermagem: sua história e suas perspectivas. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 9-17, jul./dez., 1995.
- 32 _____. **Deontologia e enfermagem**. São Paulo: EPU, 1987.
- 33 GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 174-189: Imogene King.
- 34 GOODRICH, F. W. **Parto natural: guia para futuros pais**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1957.
- 35 GERRITS, Daphne D. et al.. The use of na episiotomy in relation to the professional education of the delivery attendant. **European Journal of Obstetrics e Gynecology and Reproductive Biology**, v. 56, p.103-106, 199
- 36 HEIDEGGER, M. **Conferências e escritos filosóficos**. São Paulo: Abril Cultural, 1973. v. 45: Os Pensadores. p. 453-469: Tempo e Ser.
- 37 _____. **O fim da filosofia ou questão do pensamento**. Tradução Ernildo Stein. São Paulo: Duas Cidades, 1972.
- 38 HENRIKSEN, Tine Brink. Methods and consequences of changes in use of episiotomy. **BMJ**, v. 309, nov.1994.
- 39 HORTA, Wanda de Aguiar. **O processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

- 40 HOUSE, M. J. Episiotomy - indications, technique and result. **Midwife, Health Visitor and Community Nurse**, Jan., 1981.
- 41 JORGE, D. R. **Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetrix (parteira) no Brasil**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1976. Tese (Livre Docência) - Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- 42 KING, I. M. **A theory for nursing: systems, concepts, process**. New York: Wiley, 1981.
- 43 KLEIN, M. et al.. Does episiotomy prevent perineal and pelvic floor relaxation? **Online Journal of Current Clinical Trials**, July, 1992. Doc n. 10.
- 44 LYDON-ROCHELLE, Mona, et al.. Perineal outcomes and nurse-midwifery management. **Journal of Nurse-Midwifery**. v. 40, n.1, Jan./Feb. 1995.
- 45 LINCOLN, Yvonna S; GUBA, Egon G. **Naturalistic inquiry**. Beverly Hills, California: Sage Publications, 1985.
- 46 LOPES, M.J. et al.. **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.55-62: Divisão do trabalho e relações sociais de sexo - pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde.
- 47 LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.
- 48 LUNARDI, Valéria. Uma crítica da moral da obediência para a busca de uma moral autônoma da enfermeira. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n.2, p. 1-151, jul./dez. 1995.
- 49 LUZ, Anna Maria Hecker. **A vida cotidiana da mulher adolescente: sexualidade, gravidez e maternidade no Rio Grande do Sul, 1920-995**. Porto Alegre: PUCRS, 1995. Tese (Doutorado em Educação) - Curso de Pós-graduação, Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 1995.
- 50 MAGALHÃES, J. A. A et al.. Episiotomia e reparo. **Revista HCPA**. Porto Alegre: HCPA, v. 8, n.2, ago.1988. Suplemento.
- 51 MAGALHÃES, Belmira et al.. **Mulher: gravidez, saúde e estado**. Curitiba: HD Livros, 1996.
- 52 MALDONADO, M. T. et al.. **Nós estamos grávidos**, 6. ed. Rio de Janeiro: Bloch, 1985.
- 53 MALDONADO, M. T.; CANELLA, P. **Relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia**, 2. ed. São Paulo: Roca, 1988.

- 54 MARCUSE, Herbert. **A ideologia da sociedade industrial**. Rio de Janeiro: Zahar, 1969.
- 55 MARTINI, R. M. **Ação comunicativa e ação educativa: recuperando o "eros" e o "ethos" pedagógico**. Porto Alegre: UFRGS, 1994. Tese (Doutorado em Filosofia da Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1994.
- 56 MARTINS, Aider Antonio. Tricotomia da região períneo-vulvar In: CARVALHO, Geraldo Mota. **Enfermagem em obstetrícia**. São Paulo: EPU, 1990. p. 78-80.
- 57 MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**, 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1993.
- 58 MINAYO, Maria Cecília de Souza et al.. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**, 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.
- 59 MOSES, Florence. Episiotomia *versus* dilaceramento do períneo: qual é o menos traumático? **Nursing**, v. 7, n. 83, p. 18-21, Dez. 1994.
- 60 NOGUEIRA, M. I. **Assistência pré-natal: prática de saúde e serviço da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- 61 OXORN, Harry. **Trabalho de parto**, 5. ed. São Paulo: Roca, 1989.
- 62 PACIORNIK, M. G. Técnicas alternativas na assistência ao parto. In: SALES, J.M. et al.. **Tratado de assistência pré-natal**. São Paulo: Roca, 1989. p. 602-610.
- 63 _____. **Parto de cócoras**. São Paulo: Centro de Arte e Cultura Artesanal, 1991.
- 64 PESSOA, Nicodemus. Um crime chamado cesariana. **Caros Amigos**, v. 1, n.7, out. 1997.
- 65 POLIT, Denize F; HUNGLER, Bernadete. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- 66 PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Documentação e Informação em Saúde (CEDIS). **Relatório preliminar do sistema de informações sobre nascidos vivos de Porto Alegre em 1994**. Porto Alegre, 1995.
- 67 REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**, 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992.
- 68 RETZKY, Sandra; ROGERS, Roberts M. A incontinência urinária na mulher. **Clinical Symposia**. São Paulo. v. 47, n. 3. 1995.

- 69 RIO GRANDE DO SUL.. Secretaria da Saúde e Meio Ambiente. DASA/DAHA/SSAMA-RS. Arquivo CRHS9612/BBS/MS.
- 70 RIO GRANDE DO SUL.. Secretaria da Saúde e Meio Ambiente. Departamento de Ações em Saúde. Seção da saúde da mulher. **Programa de assistência ao pré-natal** - detecção e controle da gravidez de alto risco. Porto Alegre, 1997.
- 71 RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde e Meio Ambiente do Estado. Divisão de Informação em Saúde (DIS). **Of. nº 098/95**. Porto Alegre, 1995.
- 72 RODRIGUES, Livia Penna F. **Dar à luz... renascer: gravidez e parto**. São Paulo: Ágora, 1997.
- 73 ROSALDO, M.Z.; LAMPHERE, L. **A mulher, a cultura e a sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- 74 SAUPE, Rosita. A ética no mundo que buscamos. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p. 7-8, jul./dez., 1995.
- 75 SHALLAT, Lezak; PAREDES, Ursula. **Conceitos De Gênero No Planejamento Do Desenvolvimento: Uma Abordagem Básica**. Instituto Internacional de Pesquisas e Capacitação das Nações Unidas para a Promoção da Mulher - INSTRAW, 1995.
- 76 SHY, Kirkwood K.; ESCHENBACH, David. Fatal perineal cellulitis from na episiotomy site. **Obstetrics and Gynecology**, v. 54 , n. 3, sept. 1979.
- 77 SABATINO, H. et al.. **Parto humanizado: formas alternativas**. Campinas: UNICAMP, 1992.
- 78 SANTIN, Silvino. Ética e sensibilidade. In: CAPONI et al..(org.) A saúde como desafio ético. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA E SAÚDE. 1., Florianópolis, 1995. Anais do I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde. Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde, 1995. P. 87-105.
- 79 SLEEP, J.; GANT, A . West Birkshire perineal management trial: three year follow-up. **BMP**, v. 295: 749-51. 1987;
- 80 SILVA, Maria da Luz. A comunicação como processo interativo do relacionamento terapêutico enfermeiro-cliente. **Enfoque**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 16-19, dez. 1991.
- 81 TESTA, Mario e outros colaboradores anônimos. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- 82 TAGORE, Rabindranath. **O jardineiro**. São Paulo: Paulinas, 1991.

- 83 VIDELA, M. **Maternidad, mito y realidad**. Buenos Aires: Peña Lillo, 1973. p. 121-234.
- 84 WALTERS, Rhiannon. Episiotomy: its time that medical journals covered this practice in other than a technical way. **Nursing Time**. Sept. 1981.
- 85 WEBER, Max. **Ensaio de Sociologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.
- 86 ZIEGEL, Ema E ; CRANLEY, Mecca S. **Enfermagem obstétrica**, 8. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985.
- 87 ZUBEN, N. A. Filosofia e educação. **Em Aberto**, Brasília, v. 9, n. 45, jan./mar. 1990.
- 88 ZUGAIB, Marcelo et al.. **Período expulsivo: fisiologia e conduta assistencial**. *Gin Obst Bras.* v. 6, n. 3, p. 271-283, 1983.

ANEXO A

DOCUMENTO DE LIBERAÇÃO DO PROJETO



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

**GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMISSÃO CIENTÍFICA E COMISSÃO DE PESQUISA E ÉTICA EM SAÚDE**

RESOLUÇÃO

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, em reunião conjunta, realizada em 07.11.96, analisaram o projeto:

Número: 96202

Título: "INFORMAÇÃO SOBRE EPISIOTOMIA: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM BASEADA EM PRESSUPOSTOS DE IMOGENE KING".

Autores: Mariene Jaeger Riffel.

Este projeto foi aprovado, estando adequado metodológica e eticamente, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde).

Porto Alegre, 07 de novembro de 1996.


Prof. Jorge Pinto Ribeiro
Coordenador do GPPG

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Porto Alegre, maio de 1997.

Prezado(a) Colaborador(a).....

Necessito sua colaboração para realizar um estudo sobre a atuação da enfermeira em relação à episiotomia. Solicito conceder-me uma entrevista sobre este foco temático e sua participação nos encontros com as demais enfermeiras que prestam assistência ambulatorial a mulheres no ciclo grávido-puerperal. Estes encontros ocorrerão durante a jornada de trabalho e objetivam discutir os resultados obtidos no levantamento prévio realizado com puérperas da UIO, pretendendo uma reflexão da prática assistencial/educativa e a proposição de alternativas para esta prática.

Portanto, solicito seu consentimento por escrito, no espaço abaixo, salientando que será preservado seu anonimato no relatório.

Os dados coletados serão utilizados para a elaboração de minha dissertação de mestrado.

Asseguro-lhe a possibilidade de interromper sua colaboração a qualquer momento do estudo. Coloco-me à disposição para esclarecer eventuais dúvidas sempre que necessário.

Agradeço sua colaboração.

Mariene Jaeger Riffel
COREn RS 12 626

colaborador

ANEXO C

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM PUÉRPERAS

1. Fale sobre sua experiência sobre o parto.
2. Fale sobre as informações que recebeu na consulta ou palestra/curso na Zona 6 sobre o parto.
3. Fale sobre as informações que recebeu na consulta ou palestra/curso na Zona 6 sobre a episiotomia.

Obs.: As questões são itens complementares às informações coletadas de rotina para o histórico de enfermagem

ANEXO D

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM ENFERMEIRAS

1. Fale sobre sua experiência na função de enfermeira no pré-natal.

2. Fale sobre as informações dadas às gestantes sobre parto e também em relação à episiotomia.

3. Quais as práticas alternativas que você orienta? Por quê?

4. Qual sua percepção sobre o procedimento?

5. Como você percebe o que pensa e a prática que vivencia sobre o assunto?

ANEXO E

ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM MÉDICO

1. Fale sobre sua experiência na função de médico pré-natalista.
2. As gestantes o procuram por realizar parto alternativo?
3. Por quê parou ou diminuiu a realização de partos alternativos?
4. Fale sobre as informações que você dá às gestantes sobre o parto e também em relação à episiotomia.
5. Que orientações você dá à gestante sobre o parto alternativo?
6. Qual sua percepção sobre a episiotomia?
7. Como você percebe o que pensa e a prática que vivencia em relação ao assunto?

ANEXO F

FICHA DE LOCALIZAÇÃO DA PUÉRPERA

Ficha nº _____

Nome: _____	Data do parto: ___/___/___
Leito: _____	Hora do parto: ___/___/___

	Sim	Não
Consulta pré-natal com médico		
Consulta pré-natal com enfermeira		
Palestra sobre parto		
Curso de preparação ao parto		

Paridade:

Número de episiotomias anteriores:

Presença de episiotomia: