

Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Discurso sobre episiotomia nos livros populares
sobre gravidez e parto comercializados no Brasil**

Denise Yoshie Niy

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em
Ciências.**

**Área de concentração: Saúde, Ciclos de
Vida e Sociedade**

**Orientadora: Profa. Dra. Angela Maria
Belloni Cuenca**

São Paulo

2012

Discurso sobre episiotomia nos livros populares sobre gravidez e parto comercializados no Brasil

Denise Yoshie Niy

**Programa de Pós-Graduação em
Saúde Pública**

Faculdade de Saúde Pública/USP

Mestrado em Ciências

**Área de concentração: Saúde, Ciclos
de Vida e Sociedade**

**Orientadora: Profa. Dra. Angela
Maria Belloni Cuenca**

São Paulo

2012

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

Para Julia, minha mãe, que me ensinou a ler os livros e o mundo

Para Yoshio, meu pai, de quem herdei grandes valores

Agradecimentos

Lista que é opcional, mas da qual nenhum mestrando se esquiva. Parentes, amigos, professores e colegas de trabalho, todos eles contribuem de algum modo para que a dissertação se concretize. Agradeço de coração a estas pessoas, alfabeticamente nomeadas, sem títulos nem cargos, já sabendo que corro o risco de ser injusta pelo esquecimento de alguém:

Ana Cristina Duarte	Luciana Benatti
Angela M. B. Cuenca	Maria de Fátima N. Niy
Antonio E. Teixeira Jr.	Maria Otilia Bocchini
Camilla Schneck	Maria Regina Torloni
Claudia Malinverni	Marília Garrido
Cristiane Kondo	Olavo Panseri
Deborah Delage	Raquel Marques
Enzo Nascimento Niy	Renan Nascimento Russo
Hamilton Issamu Niy	Simone Diniz
Heloísa Salgado	Trupe ETEana
Hugo Yoshio Niy	Vania Regina Fontanesi
Icléia Alves Cury	Vivaldo Luiz Conti
José B. Souza Freitas	Yoshio Niy (<i>i.m.</i>)
Julia Hamada Niy	

Por fim, mas não menos importante, registro meu enorme agradecimento a Murilo Niy de Moraes, que há mais de seis anos diariamente me identifica e me qualifica como mãe.

Niy DY. Discurso sobre episiotomia nos livros populares sobre gravidez e parto comercializados no Brasil. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.

Resumo

Introdução: Desde meados da década de 1980 existem evidências científicas sólidas para que a episiotomia não seja praticada de modo rotineiro, porém, ela continua sendo amplamente realizada, no Brasil inclusive. A alfabetização em saúde compreende a capacidade de buscar informações e convertê-las em ações. Os livros para gestantes comercializados no país podem ou não contribuir para a alfabetização em saúde da mulher no que se refere à episiotomia. **Objetivo:** Descrever o conteúdo relativo à episiotomia de livros sobre gravidez e parto disponíveis no Brasil e analisar seus possíveis efeitos de sentido. **Métodos:** Foram selecionados 11 livros sobre gravidez publicados no Brasil a partir de buscas em lojas virtuais. Todo o conteúdo sobre episiotomia foi destacado para leitura. Conforme aporte teórico de Patrick Charaudeau, esse conteúdo foi descrito quanto a identificação e qualificação da episiotomia, qualificação de seus riscos e benefícios e qualificação das alternativas à episiotomia. **Resultados:** Apenas quatro livros mencionam a episiotomia, que é identificada também como corte, incisão, procedimento, intervenção, entre outros termos. De modo geral, a episiotomia é qualificada quanto ao que ela supostamente evita, a lesão perineal, que seria também um dos seus principais benefícios, segundo as obras analisadas, o que não condiz com as evidências científicas. Os riscos da episiotomia, quando abordados, são minimizados e os métodos de proteção do períneo raramente são expostos. Os livros analisados refletem o atual panorama da assistência ao parto no Brasil, em que a episiotomia ou é um procedimento invisível ou tem seus efeitos adversos minimizados ou mesmo ignorados. **Conclusão:** O discurso das obras está descolado das evidências científicas no que se refere à episiotomia. Os textos analisados reforçam a posição do médico como detentor do conhecimento e não contribuem para a alfabetização em saúde da mulher.

Descritores: episiotomia, educação em saúde, bibliografia como assunto, parto.

Niy DY. Discurso sobre episiotomia nos livros populares sobre gravidez e parto comercializados no Brasil./Discourse about episiotomy in popular pregnancy and childbirth books sold in Brazil [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.

Abstract

Introduction: Since the mid-1980s, there has been sound scientific evidence showing that episiotomy should not be used on a routine basis, even though its use largely persists to this day, including in Brazil. Health literacy means the ability to search for information and convert it into action. Childbirth and pregnancy books sold in Brazil may or may not help improve women's health literacy regarding episiotomy. **Objective:** To describe the content of books about pregnancy and childbirth which are available in Brazil, mainly as far as episiotomy is concerned, and to analyze their possible meaning effects. **Methods:** Eleven childbirth books published in Brazil were selected from online stores. All the content related to episiotomy was highlighted for further reading. As proposed by Patrick Charaudeau, the texts highlighted were described as to identification and qualification of episiotomy, qualification of episiotomy risks and benefits and qualification of alternative methods. **Results:** Only four books mention episiotomy, and it is also referred to as cut, incision, procedure, intervention, among other designations. Altogether, episiotomy is qualified as to what it is supposed to prevent, perineal tear. According to the literature analyzed, the prevention of perineal tear would be one of the main benefits from episiotomy, which does not match the evidence. Whenever mentioned, risks of episiotomy are understated and the protection of the perineum through alternative methods is stated scarcely. The books analyzed reflect the current state of Brazil's childbirth practices, where episiotomy is either invisible or has its side effects either understated or disregarded. **Conclusion:** The books' discourse regarding episiotomy is not supported by scientific evidence. The texts analyzed reinforce the physician's authority as knowledge keeper and do not help improve women's health literacy.

Descriptors: episiotomy, health education, bibliography as topic, parturition.

Índice

1. INTRODUÇÃO	13
1.1. A episiotomia	14
1.2. Alfabetização em saúde	21
1.3. Livros para gestantes e produção de sentidos	24
2. OBJETIVO GERAL.....	29
2.1. Objetivos específicos	29
3. MÉTODOS	30
3.1. Seleção das obras	30
3.2. Análise dos livros.....	38
3.2.1. Identificação, localização-situação e qualificação.....	39
3.2.2. Efeitos de sentido.....	44
3.3. Questões éticas	44
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
4.1. Discurso sobre episiotomia nos livros sobre gravidez e parto.....	47
4.1.1. GEDDES	48
4.1.2. SALLET	49
4.1.3. DAVILA	50
4.1.4. HARRIS.....	58
4.1.5. SBP	59
4.1.6. VITOLO	64
4.1.7. SHIELDS.....	65
4.1.8. STERMAN e ROZENBERG	66
4.1.9.DILEO	67
4.1.10. LAROUSSE.....	81
4.1.11. STÜRMER	95
4.2. Avaliação geral dos livros sobre gravidez e parto	96
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	102

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
7. CURRÍCULO LATTES	109

1. INTRODUÇÃO

Aos 28 anos, descobri-me grávida de meu primeiro filho. Subitamente percebi quão ignorante era a respeito do meu próprio corpo e do ciclo gravídico. As mudanças ainda não aparentes despertavam minha curiosidade (o que estaria acontecendo no meu âmago?) e ao mesmo tempo os humores alternantes perturbavam meu cotidiano de mulher trabalhadora. Senti, então, enorme necessidade de buscar informações sobre gravidez, parto e puerpério.

Iniciei minha busca conversando com outras mulheres a respeito do assunto e, para minha surpresa, constatei que a maioria das mães desconhecia detalhes sobre o que elas mesmas haviam vivenciado. Especificamente no que se referia ao parto, os porquês dos acontecimentos eram vagos ou mesmo incógnitos, uma vez que constituíam assunto médico.

As incertezas levaram-me a buscar diferentes fontes de informação, como revistas, livros, *sites* e mesmo um curso “alternativo” de preparação para o parto – alternativo na medida em que não era oferecido por um serviço hospitalar, mas por uma organização não governamental voltada para os direitos reprodutivos da mulher. Como redatora da Fundação Seade, tive ainda a oportunidade de conferir alguns dados estatísticos sobre a assistência ao parto no Estado e no país. Temi engrossar as estatísticas de cesárea ou, na hipótese de um parto vaginal, de episiotomia. E foi assim que busquei, ainda, diferentes profissionais de saúde.

Como resultado dessa busca frenética por informações e por um médico que compactuasse com minhas escolhas, dei à luz meu filho em um hospital, com algumas intervenções que hoje acredito serem desnecessárias, mas por via vaginal e sem a temida episiotomia. Assim, tive a oportunidade de protagonizar um parto respeitoso, oportunidade que infelizmente a maioria das brasileiras não tem, e sequer sabe que poderia ter.

Isso acontece porque o conhecimento acerca do ciclo gravídico-puerperal tradicionalmente era passado de mulher para mulher, principalmente por meio dos contatos sociais mais próximos (RENKERT e NUTBEAM, 2001). Com a redução da fecundidade – bastante recente, no caso do Brasil (IBGE, 2012) –, a crescente

inserção da mulher no mercado de trabalho e a hospitalização do nascimento, as oportunidades para estabelecer os referidos contatos e a convivência com gestantes e bebês decresceram de modo generalizado. Assim, cada vez mais a mulher depende de educação formal para obter conhecimento sobre as mudanças biopsicossociais que enfrentará durante a gravidez, sobre o trabalho de parto e o parto e sobre puericultura (RENKERT e NUTBEAM, 2001). Televisão, livros, revistas, *sites*, a mídia, enfim, tem cada vez mais importância na circulação de informações sobre gravidez e parto. Nesse sentido, no presente trabalho, pretendo estudar que tipo de informação sobre parto, especificamente sobre episiotomia, tem sido divulgada pelos livros para gestantes leigas.

1.1. A EPISIOTOMIA

KETTLE (2005) afirma que a anatomia do assoalho pélvico feminino é complexa, mas seu conhecimento é de fundamental importância para compreender as estruturas envolvidas no parto e para o reparo de traumas perineais, de modo a evitar ou minimizar morbidades.

O assoalho pélvico é formado por diversas camadas. Estas preenchem a cavidade pélvica e incluem o períneo ou corpo perineal. Da região externa em direção ao interior da cavidade pélvica, as seguintes camadas podem ser identificadas: pele, gordura subcutânea, músculos perineais superficiais e ligamento triangular, fáscias superficial e profunda e fossa ísquio-retal, músculos perineais profundos (elevador do ânus), camada visceral da fáscia pélvica, que forma os ligamentos que suportam os órgãos pélvicos, e peritônio pélvico (KETTLE, 2005).

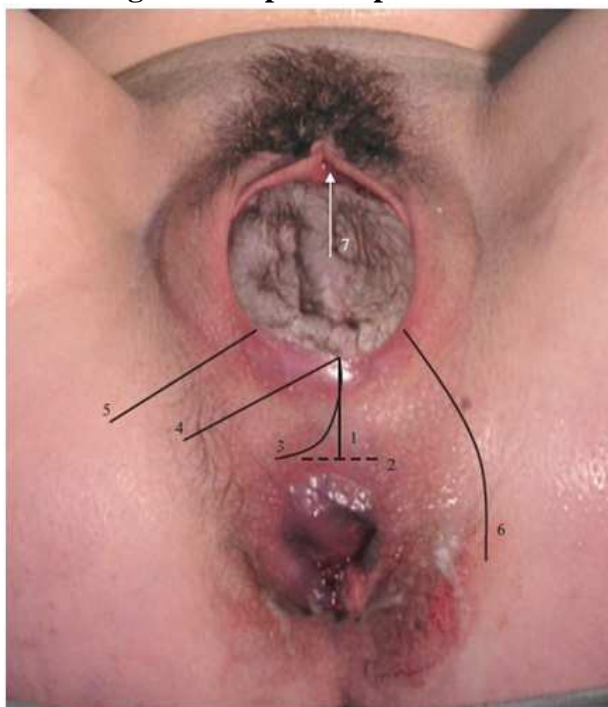
Além de ser complexo do ponto de vista de composição anatômica, o assoalho pélvico também desempenha papéis de diferentes ordens. Entre suas principais funções, KETTLE (2005) cita: suportar a vagina, o útero, os ovários, a bexiga e o reto; manter a pressão intra-abdominal ao tossir, vomitar, espirrar e rir; ajudar na evacuação e na micção; facilitar o parto e manter a continência urinária e fecal.

O corpo perineal ou períneo estende-se do arco púbico (anteriormente) até o cóccix (posteriormente). Nessa região se entrelaçam importantes músculos do

assoalho pélvico, e o suporte das estruturas pélvicas depende da sua integridade. Traçando-se uma linha entre as tuberosidades isquiáticas, divide-se o períneo em dois triângulos: o anterior (urogenital) e o posterior (anal) (KETTLE, 2005).

O alargamento cirúrgico do canal de parto por meio de uma incisão no períneo chama-se episiotomia. As incisões médio-lateral e mediana são as mais conhecidas, porém, segundo KALIS et al. (2012), sete tipos de incisão são descritas na literatura: mediana, mediana modificada (com duas incisões transversas, como um T invertido), em formato de J, médio-lateral, lateral, de Schuchardt (lateral radical) e anterior (Figura 1).

Figura 1: Tipos de episiotomia.



1: mediana. 2: mediana modificada. 3: em J. 4: médio-lateral. 5: lateral.
6: Schuchardt. 7: anterior (seta branca). (KALIS, 2012).

KALIS et al. (2012) apontam que não existe, até o momento, uma classificação ou definição exata da episiotomia. Os autores descrevem os sete tipos mencionados quanto ao ponto inicial da incisão, sua direção e extensão, mas não mencionam as estruturas afetadas pela cirurgia.

As descrições anatômicas da uretra e da genitália feminina, inclusive nos livros de formação profissional, são pobres em detalhes e imprecisas (O'CONNEL et al., 1998). Muitas vezes a anatomia do clitóris, por exemplo, é retratada por meio de uma figura simples, como se fosse uma estrutura plana, sem evidenciar (com representações multiplanares) a extensão do clitóris e sua ligação com outras estruturas como uretra e vagina (O'CONNELL et al., 2005). Segundo DINIZ e CHACHAM (2006), procedimentos como a episiotomia podem danificar muitas dessas estruturas, ao interferirem em vasos sanguíneos, nervos, tecido erétil e ainda em sua capacidade de contração e relaxamento.

A episiotomia é conhecida desde o século XVIII, e difundiu-se a partir de 1920 como “necessária para preservar a integridade do assoalho pélvico, restaurando a anatomia vaginal e a musculatura pélvica à condição pré-parto”, além de supostamente proteger o feto das lesões do parto (AMORIM e KATZ, 2008, p. 48). ROBINSON (2012, p. 1) acrescenta que a cirurgia supostamente previniria lacerações perineais de terceiro e quarto graus; teria reparo e cicatrização facilitados em comparação a uma laceração espontânea; preservaria o assoalho pélvico; reduziria trauma neonatal, como nos casos de prematuridade e macrosomia; reduziria casos de distócia e aceleraria o parto para os casos de sofrimento fetal.

A episiotomia popularizou-se ao longo do século passado, apesar de não existirem evidências científicas sobre seus benefícios (AMORIM e KATZ, 2008; GRAHAM e DAVIES, 2005). Segundo DINIZ e CHACHAM (2006), na segunda metade do século XX intensificou-se o uso de tecnologias na assistência ao parto, o que levou à medicalização do nascimento. Isso redundou na “adoção irrestrita de procedimentos inadequados, desnecessários, e por vezes perigosos, sem avaliação adequada de sua eficácia e segurança” (p. 80). Entre esses procedimentos, encontra-se a episiotomia (DINIZ e CHACHAM, 2006).

Assim, o local de nascimento deixou de ser o lar, com proporções cada vez mais elevadas de partos hospitalares. O nascimento, antes um evento natural, passou a ser tratado como doença, de modo a exigir do médico intervenções no sentido de prevenir ou reduzir complicações. No hospital, o médico passou a determinar, entre outros, a posição em que a mulher dava à luz. Com a parturiente deitada de barriga para cima, o acesso do profissional ao canal de parto seria facilitado, embora nessa

posição o nascimento da criança seja naturalmente mais difícil. Acreditava-se, ainda, que a episiotomia abreviava o período expulsivo, ou seja, acelerava o nascimento, o que era do interesse dos médicos, que desejavam atender mais mulheres em menos tempo. Esses fatores colaboraram para que a episiotomia se disseminasse, mesmo sem que existissem estudos confiáveis sobre sua efetividade e segurança (AMORIM e KATZ, 2008).

As primeiras pesquisas bem desenhadas sobre episiotomia datam da década de 1970. AMORIM e KATZ (2008) indicam como marco a revisão de Thacker e Banta, publicada em 1983, que apontou a inexistência de evidências sobre a eficácia da episiotomia, ao mesmo tempo em que chamou a atenção para os riscos associados à cirurgia.

Desde 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que as intervenções na assistência ao parto sejam realizadas de forma criteriosa e identifica a episiotomia como conduta inadequada se praticada rotineiramente (WHO, 1985).

ENKIN et al. (2005) afirmam que “A episiotomia só deve ser usada para aliviar o sofrimento fetal ou materno, ou para obter progresso adequado quando o períneo é responsável pela ausência de progresso” (p. 160).

Pesquisas apontam resultados piores em partos com a episiotomia, como maior risco de hemorragia no pós-parto (OYELESE e ANANTH, 2010) e maior dor no pós-parto, maiores dificuldades na amamentação e na relação com o bebê e pior retorno à vida sexual (DINIZ, 2010). ANDREWS et al. (2008) avaliaram dor no períneo após parto vaginal e, no quinto dia após o parto, tanto em movimento como em repouso, mulheres com laceração espontânea de segundo grau mostraram significativamente menos dor perineal em comparação com aquelas que haviam sofrido episiotomia.

CARROLI e MIGNINI (2012) compararam a realização da episiotomia de rotina com o seu uso restritivo. As mulheres submetidas à episiotomia de modo seletivo experimentaram menos trauma perineal posterior, menos necessidade de sutura e menos complicações de cicatrização. Não houve diferenças entre os grupos com relação a trauma vaginal ou perineal grave, dispareunia, incontinência urinária ou dor grave. Apesar de a episiotomia seletiva aumentar o risco de trauma perineal anterior, de menor gravidade, a episiotomia seletiva traz numerosos benefícios em

comparação com sua realização de rotina.

A episiotomia não tem efeito protetor para o assoalho pélvico. Assim, sua prática não evita incontinência urinária ou fecal nem prolapso genital, ao mesmo tempo em que se associa a menor força muscular do assoalho pélvico em comparação a lacerações espontâneas. Além de não reduzir danos ao períneo, a episiotomia de rotina tende a aumentar o risco de lesão perineal grave e de qualquer lesão perineal posterior (AMORIM e KATZ, 2008; HARTMANN et al., 2005; VISWANATHAN et al., 2005).

Com relação ao recém-nascido, na comparação entre partos com e sem episiotomia, não há diferenças nos resultados perinatais tampouco na incidência de asfixia (AMORIM e KATZ, 2008; WAGNER, 1999).

Em um parto vaginal sem episiotomia, talvez não ocorram lacerações ou elas podem ser anteriores, de primeiro ou segundo grau, com melhor prognóstico que a episiotomia. Esta já é uma laceração perineal de segundo grau (AMORIM e KATZ, 2008; HARTMANN et al., 2005; VISWANATHAN et al., 2005).

A essa lista de fatores que contraindicam a episiotomia, adiciona-se o fato de haver maior perda sanguínea nos partos com episiotomia, de esse procedimento aumentar a chance de dor no pós-parto, inclusive durante as relações sexuais, além da possibilidade de cursar complicações como edema, infecção e hematoma (ROBINSON, 2012; AMORIM e KATZ, 2008; WAGNER, 1999). Nota-se, ainda, que a realização sistemática da episiotomia eleva os custos hospitalares (AMORIM e KATZ, 2008).

DINIZ e CHACHAM (2006) assim resumem:

Não há justificativa para a episiotomia de rotina: ela não traz benefícios para a mãe nem para o bebê, aumenta a necessidade de sutura do períneo e o risco de complicações no sétimo dia pós-parto, trazendo dor e desconforto desnecessários. Além disso, a rigidez do períneo geralmente é consequência de uma episiotomia anterior. (p. 85).

Órgãos de classe de diversas regiões do mundo emitem recomendações de prática clínica que endossam os achados de CARROLI e MIGNINI (2012). Segundo GRAHAM et al. (2005), que fizeram levantamento internacional sobre o tema e

encontraram diversas recomendações no sentido de restringir a episiotomia a situações específicas, o American College of Obstetricians and Gynecologists, por exemplo, estabelece que o uso rotineiro desse procedimento não é necessário. A Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada indica a intervenção cirúrgica para acelerar o nascimento nos casos de sofrimento materno ou fetal ou ainda na falta de progresso no parto. Como essas duas instituições de classe, muitas outras são citadas pelos autores.

Contudo, as evidências parecem ter sido incorporadas apenas ao discurso de órgãos de classe e de gestores públicos. Em várias localidades, GRAHAM et al. (2005) encontraram taxas elevadas de episiotomia, especialmente entre as primíparas. Para estas, as taxas variaram de 63,3%, na África do Sul, a 100%, na Guatemala, considerando o período de 1995 a 2003. Incluindo-se as múltiparas no estudo, as taxas foram de 9,7%, na Suécia, a 100%, em Taiwan, no mesmo período.

Na América Latina, pesquisa conduzida por ALTHABE, BELIZÁN e BERGEL (2002) mostra que “nove de cada dez primíparas que deram à luz espontaneamente em hospitais na América Latina entre 1995 e 1998 tiveram uma episiotomia”, independentemente do tipo de financiamento do hospital (público ou privado) e dos profissionais de saúde envolvidos na assistência (médicos ou obstetrites).

No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006, essa intervenção foi realizada em mais de 70% dos partos normais de nascidos vivos nos cinco anos anteriores à entrevista (BRASIL e CEBRAP, 2008). A proporção de episiotomia entre primíparas é ainda mais elevada: 84,8%. Esses percentuais só podem ser conhecidos porque a referida pesquisa é de base domiciliar, uma vez que o sistema de informações ambulatoriais e hospitalares do Brasil sequer contempla a episiotomia entre seus procedimentos (BRASIL, 2010).

Em editorial da *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, MATTAR et al. (2007) afirmam que a episiotomia incorporou-se à prática médica de tal modo que os profissionais não conseguem abandoná-la, mesmo diante das evidências científicas que contraindicam o uso liberal desse procedimento.

CARVALHO et al. (2010) investigaram os partos ocorridos em 2006 em maternidade escola de Pernambuco e concluíram que os fatores associados à

realização de episiotomia foram doenças maternas (síndromes hipertensivas e diabetes clínico ou gestacional) e ausência de parto vaginal anterior. Adicionalmente, o trabalho de parto superior a seis horas e o período expulsivo superior a 30 minutos, que poderiam indicar falha na progressão no trabalho de parto, não tiveram associação com a realização da episiotomia. Os autores também não encontraram associação entre realização de episiotomia e sinais de sofrimento fetal. Vale ressaltar que os profissionais da referida maternidade receberam treinamento, com orientação para realização seletiva de episiotomia, sendo esta “indicada em gestantes com sofrimento fetal agudo e progressão insuficiente do parto” (CARVALHO et al., 2010, p. 334). Embora na instituição de saúde estudada a proporção de partos com episiotomia tenha se reduzido de 46%, em 2003, para 26%, em 2006, é desolador constatar que a episiotomia seja praticada inadequadamente. Seu uso rotineiro foi abandonado, mas ainda assim a prática não se apoia nas recomendações científicas expressas no protocolo da própria instituição de saúde.

Segundo DINIZ (2009), o modelo de assistência intervencionista superestima os riscos do parto normal e atribui ao próprio parto a ocorrência de danos perineais importantes, que na realidade são provocados pelas intervenções. Em contrapartida, os benefícios das intervenções no parto são sobrevalorizados, e os danos causados por procedimentos como a episiotomia simplesmente são ignorados.

Com relação aos traumas perineais, salienta-se que podem ocorrer tanto espontaneamente durante o parto vaginal como devido à episiotomia. KETTLE (2005, p. 29) define o trauma perineal anterior como lesão nos lábios, na parte anterior da vagina, na uretra ou clitóris, e é associado a menor morbidade materna. Já o trauma perineal posterior consiste na lesão da parede vaginal posterior, dos músculos perineais ou dos esfíncteres anais (externo e interno) e pode incluir o rompimento da mucosa retal.

O trauma perineal é classificado em quatro graus (KETTLE, 2005, p. 29; ROYAL COLLEGE, 2004, p. 1):

- primeiro grau: compreende lesões superficiais, que atingem pele e tecido subcutâneo do períneo ou o epitélio vaginal. Também são consideradas de primeiro grau as lacerações superficiais múltiplas nessas regiões;

- segundo grau: lesões mais profundas que as de primeiro grau, que atingem músculos superficiais do períneo e o corpo perineal;

- terceiro grau: as lesões de terceiro grau mostram-se mais severas, por envolverem músculos perineais e esfíncteres anais, e subdividem-se em:

- 3a: menos de 50% do esfíncter anal externo afetado;

- 3b: mais de 50% do esfíncter anal externo afetado;

- 3c: inclui lesões no esfíncter anal interno;

- quarto grau: além de atingir os tecidos que compreendem o trauma de terceiro grau, o de quarto grau inclui o rompimento do esfíncter anal (externo ou interno ou ambos) e do epitélio anorretal.

De acordo com o que foi exposto, entende-se que no atendimento ao parto normal o ideal é interferir o mínimo possível e a “atenção baseada em evidências” constitui o padrão ideal a ser perseguido. Esta é definida como “o uso consciente, criterioso e explícito das melhores evidências atuais para tomar decisões sobre o atendimento a pacientes individuais” (ENKIN et al., 2005, p. 3). Assim, antes de serem realizadas, as intervenções como a episiotomia devem ter seus efeitos específicos avaliados criteriosamente tendo em vista a saúde e o bem-estar biopsicossocial da mulher e do feto ou recém-nascido. Conforme DINIZ e CHACHAM, “durante o trabalho de parto e o nascimento deve haver um motivo válido para interferir num processo natural, motivo este ligado a complicações da mulher ou da criança” (2006, p. 81).

No presente trabalho, elegeu-se a episiotomia como recorte de análise. Amplamente realizada e não registrada oficialmente, essa intervenção segue praticamente invisível à sociedade e às políticas públicas de melhoria da assistência ao parto.

1.2. ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE

De acordo com as estatísticas oficiais e com muitos livros a que tive acesso quando, ainda grávida, desejava saber mais informações sobre nascimento, e também conforme alguns médicos com quem me consultei, o “corte” como destino era inexorável. Para que meu filho nascesse, eu sofreria ou o “corte por cima” ou o

“corte por baixo”, conforme texto de DINIZ (2006) que denuncia o abuso de cesáreas e episiotomias no Estado de São Paulo, realidade que pode ser extrapolada para o país, conforme dados já mencionados.

Assim, o cenário mostrava-se totalmente adverso a meu desejo por um parto vaginal e sem episiotomia. Os médicos, os livros e as estatísticas diziam que eu tinha poucas chances. Eu só escapei do corte – fosse ele por cima fosse por baixo – porque fui capaz de obter bom nível de *health literacy*.

Health literacy foi traduzido para o português como ‘alfabetização em saúde’, porém, conforme definição da OMS, vai além da mera alfabetização, uma vez que compreende habilidades cognitivas e sociais para acessar e compreender informações e para empregá-las na promoção e manutenção da saúde (NUTBEAM, 1998).

O departamento norte-americano de saúde e serviços humanos (US Department of Health and Human Services – DHHS) define *health literacy* como “a capacidade dos indivíduos para obter, processar e entender informações básicas sobre saúde e serviços, necessárias para tomar decisões apropriadas sobre saúde” (KUTNER et al., 2006, p. 3).

Além da compreensão das informações recebidas, o bom nível de alfabetização em saúde implica postura ativa, tanto na busca de informações como na autossuficiência para converter tais informações em ações. Nesse sentido, a melhor definição em português para esse termo seria ‘proficiência em saúde’, mas não se conhece até o momento estudo que adote essa terminologia.

Instrumentos como Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) e Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) são comumente utilizados nos estudos que avaliam a alfabetização em saúde. Esta é categorizada em adequada e inadequada; alta, média e baixa; proficiente, intermediária, básica e abaixo de básica, entre outras formas.

Pesquisa realizada em 2003 apontou que 36% dos norte-americanos têm habilidades de *health literacy* limitadas, traduzidas em: localizar apenas um pedaço de informação de um documento curto e simples (nível abaixo de básico) ou encontrar informação em um texto mais longo somente se o texto está claramente escrito (nível básico) (KUTNER et al., 2006).

CARTHERY-GOULART et al. (2009) aplicaram uma versão reduzida do TOFHLA em 312 adultos brasileiros e verificaram que 32,4% deles exibiram desempenho inadequado ou limítrofe. Ainda que a amostra pesquisada tenha sido restrita, por se tratar da validação da versão brasileira do instrumento, o resultado não deixa de ter significado para o contexto nacional.

Estudo de revisão (SHIEH e HALSTEAD, 2009) sobre o impacto da *health literacy* na saúde da mulher verificou que mulheres com baixos níveis de alfabetização em saúde exibem conhecimentos mais pobres sobre prevenção de câncer de mama e colo de útero. Além disso, a baixa alfabetização em saúde está associada a depressão, início tardio do pré-natal e conhecimentos mais pobres sobre métodos contraceptivos, entre outros fatores. As autoras concluem que, para a mulher, a baixa alfabetização em saúde “afeta não somente seu próprio conhecimento sobre saúde, seu comportamento preventivo e sua habilidade de navegar pelo sistema de saúde, mas também sua habilidade de cuidar de seus filhos” (2009, p. 609).

A alfabetização em saúde implica conhecimento e confiança suficientes para agir em prol da saúde, tanto individual como comunitária, e favorece a participação e o empoderamento de pessoas e comunidades (NUTBEAM, 1998). No Brasil, mostra-se particularmente importante obter bom nível de *health literacy* para compreender o modelo de assistência ao parto, que envolve alta medicalização e uso intensivo de tecnologia e, paradoxalmente, elevada mortalidade materna e resultados perinatais insatisfatórios (DINIZ, 2009).

NOZAWA e SCHOR (1996) realizaram ação educativa com primigestas em um município do interior de São Paulo. Reuniram e analisaram trechos dos encontros com cinco gestantes, especificamente os que se relacionavam com parto, e utilizaram, para tanto, conceitos da análise de discurso francesa. Segundo as autoras, as mulheres entrevistadas entendem que o parto normal hospitalar é a única possibilidade de parto existente. O sentido geral atribuído ao parto é negativo, de dor, medo e morte. A análise de trechos adicionais revelou a ligação desses discursos com experiências negativas vividas por pessoas conhecidas e com a herança judaico-cristã.

Segundo LINO (2010), a expectativa das mulheres em relação ao parto é fortemente influenciada pela comunicação estabelecida com os profissionais de saúde já durante o pré-natal. Dois grupos de mulheres e profissionais foram identificados pela autora: enquanto em um grupo (“típico”) prevalece a “conspiração do silêncio”, em outro (“atípico”) o diálogo entre as duas partes se mostra não só possível como necessário. Assim, no primeiro grupo, as perguntas das gestantes sobre parto e intervenções permanecem sem resposta, ao mesmo tempo em que os médicos não se ocupam de fornecer espontaneamente informações dessa natureza ao longo do pré-natal. Já no segundo grupo as grávidas buscam informações em diferentes fontes, inclusive nas consultas pré-natais, e paralelamente os médicos desse grupo incentivam tal busca de conhecimento.

Quando a informação é baseada apenas no que o médico passa no pré-natal o risco de viés aumenta muito. Os profissionais defendem que a paciente esteja bem orientada para que ela contribua mais com o parto, mas que tipo de orientação eles querem que elas tenham? Tantos nos casos típicos quanto nos atípicos interessa que sejam informações condizentes com as linhas de pensamento deles (LINO, 2010, p. 54).

Tendo em vista que a qualidade das informações que a mulher possui tem impacto na sua satisfação com o parto (LINO, 2010), questiona-se o quanto os livros para gestantes (leigas) comercializados atualmente no Brasil contribuem para a alfabetização em saúde da mulher, especificamente no que se refere à episiotomia. Salienta-se que, até o momento, não se conhecem estudos dessa natureza no país.

1.3. LIVROS PARA GESTANTES E PRODUÇÃO DE SENTIDOS

Nos Estados Unidos, 33% das mães de primeira viagem têm nos livros a principal fonte de informação sobre gravidez e parto. Amigos e parentes são a segunda fonte mais consultada (19%), seguindo-se o profissional de saúde (18%) e a Internet (16%) (DECLERCQ et al., 2006). Já na Austrália e na Nova Zelândia, os obstetras acreditam que a mídia influencia o conhecimento e as atitudes das gestantes, embora os profissionais apontem família e amigos das gestantes como principais fontes de informação sobre gravidez e parto para essas mulheres, seguidos de educação pré-natal formal (HANDFIELD et al., 2006).

Os materiais educativos voltados para as gestantes podem colaborar para que estas obtenham alfabetização em saúde e se empoderem, desde que incorporem as melhores evidências em saúde e adequem-se linguisticamente ao seu público-alvo:

Existem milhares de livros e panfletos, bem como muitas revistas e fitas de vídeo, dirigidos a parturientes e suas famílias, e ainda mais *websites* que oferecem informações e recomendações. A qualidade das informações e das recomendações varia muito, podendo ser excelentes, imprecisas e até perigosas. Existe uma necessidade clara de desenvolver estratégias para ajudar os consumidores a avaliarem a qualidade das informações contidas nesses recursos. (ENKIN et al., 2005, p. 15)

HOTIMSKY et al. (2002) investigaram as expectativas de gestantes acerca do parto e da assistência obstétrica no Sistema Único de Saúde e constataram que no pré-natal há “grande demanda por informações e pela escuta clínica” (p. 1.306). Embora não tenham analisado livros ou folhetos oferecidos às gestantes, os autores notaram por meio de grupos focais que “os materiais educativos nem sempre são assimilados” (p. 1.306). O motivo pelo qual essa assimilação não ocorre não foi investigado na referida pesquisa.

Por sua vez, TORLONI et al. (2011) analisaram especificamente revistas voltadas para mulheres, publicadas entre 1988 e 2008 no Brasil. Verificaram que entre os artigos que abordavam o tema cesárea, a maioria não usava fonte de informação validada cientificamente. Segundo a pesquisa, as informações transmitidas pelas revistas são incompletas e “podem levar as mulheres a subestimarem importantes riscos maternos e perinatais associados a essa via de parto [cesárea]” (p. 6). O referido estudo cobriu um intervalo de duas décadas de publicações periódicas e não menciona qualquer variação na qualidade da informação ao longo do tempo.

Na análise de informações sobre teratogenia em revistas populares, GUNDERSON-WARNER et al. (2003) concluíram que muitas vezes as informações são divulgadas por essas publicações de modo enganoso, alarmante e sem respaldo na literatura científica.

Análises específicas de livros para gestantes publicados no Brasil tendo em vista as evidências científicas não são conhecidas até o momento. Tais estudos, porém, mostram-se necessários e justificam-se, entre outros fatores, pela crescente

importância do mercado editorial brasileiro. De acordo com levantamento realizado pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (Fipe) com editoras que atuam no mercado brasileiro, em 2009 foram editados mais de 50 mil títulos entre primeiras edições e reedições, totalizando mais de 380 milhões de exemplares vendidos. Apesar da crise financeira mundial alastrada naquele ano, esses valores representam crescimento de 2,7% (em títulos) e 13,6% (em exemplares) em comparação a 2008 (FIPE, 2010). Ainda de acordo com essa pesquisa, o subsetor de obras gerais aumentou seu faturamento em 9,6% e o número de exemplares vendidos em 5,0%. As editoras de obras científicas, técnicas e profissionais, por sua vez, contabilizaram acréscimo de 7,6% e 18,4%, respectivamente. Não há dados específicos sobre livros para gestantes, mas a expansão geral do mercado e as prateleiras das livrarias (com oferta cada vez maior de títulos) confirmam a crescente relevância das obras dirigidas às grávidas.

De cunho multidisciplinar, o presente estudo une campos da saúde pública, da saúde da mulher e da comunicação. A partir da determinação dos campos de conhecimento envolvidos, entende-se que valores e significações são carregados por esses campos, que por sua vez se relacionam com outros campos e formam outras significações e articulações. Assim, o discurso dos livros para gestantes pode ser isolado para análise (do contrário seu estudo seria impossível), porém, essa análise deve ser relacionada ao contexto social, às condições de produção do discurso e às condições de sua interpretação (CHARAUDEAU, 2008, 2010, p. 23).

Cabe aqui explicitar o contexto dos estudos de comunicação. Segundo teorias como a proposta por SCHANNON (1975), correntes na década de 1970, a informação partiria de uma fonte (emissor), seria transmitida por um meio ou sistema até atingir o receptor. Este, ao receber a informação, seria totalmente apto a compreendê-la. Assim, a informação só não chegaria integralmente ao receptor caso houvesse ruídos na instância emissora. Nesse modelo linear de comunicação, o emissor da informação só precisaria codificá-la e o receptor, decodificá-la, como em uma mensagem telegrafada. A interpretação da mensagem e o efeito da informação não eram considerados, tampouco as diferenças entre efeitos visados e efeitos produzidos, como se as instâncias transmissoras da informação fossem meios totalmente transparentes. Conforme CHARAUDEAU (2010), a troca de informação

entre seres humanos era compreendida como algo totalmente objetivo e homogêneo. Comunicação e informação confundiam-se, assim como os problemas relativos a um ou outro âmbito.

Atualmente, entende-se que as instâncias transmissoras não constituem meios transparentes e as teorias de comunicação passaram a contemplar a mediação da informação, ou seja, o fato de toda informação ser transmitida por um meio (telefone, rádio, TV, jornal, revista, livro, ou mesmo uma palestra ou conversa informal). De modo geral, as teorias contemporâneas reconhecem que nenhum código pode decifrar adequadamente tudo o que foi realmente dado, uma vez que

qualquer artigo de jornal, qualquer declaração num telejornal ou num noticiário radiofônico está carregado de efeitos possíveis, dos quais apenas uma parte – e nem sempre a mesma – corresponderá às intenções mais ou menos conscientes dos atores do organismo de informação, e uma outra – não necessariamente a mesma – corresponderá ao sentido construído por tal ou qual receptor. (CHARAUDEAU, 2010, p. 28).

CHARAUDEAU estabelece ainda que os sentidos são construídos por meio da troca entre diferentes instâncias, mesmo que não interajam diretamente, por exemplo, mesmo que o leitor de uma obra não possa falar diretamente ao autor para questionar sua real intenção ao produzir determinado texto. Segundo CHARAUDEAU, a informação não corresponde unicamente à intenção do produtor ou à intenção do receptor, mas resulta de uma cointencionalidade, que envolve os efeitos visados, os efeitos possíveis e os efeitos produzidos. Cada uma dessas instâncias se define em relação às demais, “como num jogo de espelhos em que as imagens incidem umas sobre as outras” (2010, p. 28).

Como o objeto de estudo do presente trabalho são os livros impressos para gestantes leigas, os *parceiros* da comunicação (o autor e a leitora) não estão presentes um diante do outro. Assim, o autor organiza sua obra segundo sua lógica. De modo progressivo e hierarquizado, apresenta as informações que julga pertinentes com a certeza de que não será interpelado pela leitora, ainda que possa imaginar suas reações. O autor constrói seu discurso de acordo com sua própria identidade, com a imagem que tem de sua leitora e com o que já foi dito a respeito do tema (CHARAUDEAU, 2009, p. 76).

No presente trabalho, descrevem-se algumas das representações coletivas a respeito da episiotomia presentes nos livros para gestantes. Trata-se de relacionar *possíveis interpretativos*, sugeridos pelo contexto socio-histórico e semiolinguístico, e não pelo dicionário (CHARAUDEAU, 2009). Desse modo, a análise não se prende ao ponto de vista dos autores dos textos tampouco se ocupa unicamente das leitoras e seus pontos de vista, mas pretende

dar conta dos *possíveis interpretativos* que surgem (ou se cristalizam) no ponto de encontro dos dois processos de produção e de interpretação. O *sujeito analisante* está em uma posição de *coletor* de pontos de vista interpretativos e, por meio da comparação, deve extrair constantes e variáveis do processo analisado. (p. 63).

2. OBJETIVO GERAL

Descrever o conteúdo relativo a episiotomia de livros populares sobre gravidez e parto disponíveis no Brasil e analisar seus efeitos de sentido.

2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as informações sobre episiotomia divulgadas pelos livros populares para gestantes à luz das evidências científicas recentes.
- Analisar a contribuição que os livros para gestantes podem trazer para a alfabetização em saúde da mulher.

3. MÉTODOS

3.1. SELEÇÃO DAS OBRAS

Para selecionar as obras para análise, optou-se pelo levantamento dos livros mais vendidos no mercado brasileiro. Na pesquisa Produção e Vendas do Setor Editorial Brasileiro (FIPE, 2010), não há discriminação das vendas por título. Listas de revistas como *Veja*, por exemplo, também não servem como parâmetro, uma vez que obras destinadas a gestantes não alcançam vendagem alta o suficiente para constarem do *ranking* de *best-sellers*. Algumas livrarias foram consultadas por *e-mail* a respeito das obras mais vendidas, sem que qualquer resposta fosse obtida.

Assim, a busca via Internet foi importante ferramenta para vislumbrar quais obras sobre gravidez e parto mais circulam no país. Esse recurso também foi utilizado por KENNEDY et al. (2009), que consultaram o *site* Amazon.com para obter uma lista dos livros mais vendidos sobre gravidez e parto nos Estados Unidos. A replicação de tal procedimento se justifica na medida em que a Internet está cada vez mais popularizada e o comércio virtual cresce ano a ano, inclusive no Brasil. Estima-se que o país tenha mais de 50 milhões de usuários de Internet e que quase metade realize compras eletrônicas.*

Segundo a e-bit e a Câmara Brasileira de Comércio Eletrônico, no primeiro semestre de 2010 o *e-commerce* brasileiro faturou R\$ 6,7 bilhões e os livros e assinaturas de revistas e jornais corresponderam à categoria de produtos mais vendidos.**

A fim de obter uma lista com as obras sobre gravidez e parto mais vendidas em fevereiro de 2011, procedeu-se à consulta de *sites* de comércio eletrônico que vendessem livros, que permitissem a busca livre por palavra e que ordenassem os resultados a partir do título mais vendido. Desse modo, sete *sites* brasileiros de comércio eletrônico foram consultados: Lojas Americanas (www.americanas.com.br), Submarino (www.submarino.com.br), Ponto Frio

* E-COMMERCE. **Dados estatísticos sobre Internet e comércio eletrônico**. Disponível em: <<http://www.e-commerce.org.br>>. Acesso em: fev. 2011.

** E-BIT; CÂMARA BRASILEIRA DE COMÉRCIO ELETRÔNICO. **Webshoppers 22ª edição**. São Paulo, 2010. Disponível em: <<http://www.webshoppers.com.br/>>. Acesso em: fev. 2011.

(www.pontofrio.com.br), Extra (www.extra.com.br), Casas Bahia (www.casasbahia.com.br), Wal Mart (www.walmart.com.br) e Saraiva (www.livrariasaraiva.com.br). Esses *sites* figuram entre as dez maiores lojas *online* brasileiras, segundo popularidade de acessos,^{*} comercializam livros, possuem abrangência nacional e exibem confiabilidade quanto à segurança dos dados. Netshoes, Magazine Luiza e Compra Fácil, que também constavam da lista de maiores lojas *online*, foram excluídas por não comercializarem livros na época da pesquisa.

Por meio da ferramenta de busca de cada um dos *sites*, na seção de livros, inicialmente procuraram-se produtos por meio da palavra “episiotomia”. A busca, porém, foi infrutífera: nenhuma loja *online* retornou resultados diante dessa palavra. A busca foi repetida, então, com as palavras “grávida”, “gravidez”, “gestação” e “parto”, que, após testes com diversas palavras, retornaram o maior número de obras sobre o tema desejado. Os resultados das buscas foram ordenados a partir da obra mais vendida, conforme filtro dos *sites*,^{**} de modo que se obtiveram quatro listas por *site*, uma para cada palavra-chave. Dessas listas, foram excluídas as obras de ficção, as religiosas e aquelas que não se relacionam ao tema e que foram listadas por falhas no mecanismo de busca. Constituem exemplos deste último caso os títulos *An ice cold grave* e *Como gravar CDs e DVDs*, retornados diante da pesquisa pela palavra “grávida”. Além disso, para a palavra “parto”, os *sites* Ponto Frio e Wal Mart geraram mais de uma centena de resultados, a maior parte não condizente com o objetivo da pesquisa. Assim, foi necessário estabelecer um filtro adicional dos próprios *sites*, de modo a delimitar a pesquisa por tema: “puericultura”, no primeiro caso, e “medicina e saúde”, no segundo.

Do total de 871 resultados, 264 registros foram excluídos conforme os critérios expostos, o que resultou em 607 obras (Tabela 1).

* E-COMMERBRASIL.ORG. **Top 10 lojas online brasileiras 2010-2011**. Jan. 2011. Disponível em: <<http://www.e-commercebrasil.org/numeros/top10-maiores-lojas-online/>>. Acesso em: fev. 2011.

** Os *sites* de comércio eletrônico consultados permitem ordenar os resultados das buscas por meio de diferentes critérios, como “mais populares”, “mais vendidos”, “menor preço”, entre outros. No presente trabalho, os resultados foram ordenados a partir da obra mais vendida, de acordo com esse recurso.

Tabela 1: Número de livros sobre gravidez e parto localizados em lojas virtuais, por palavra-chave utilizada na busca. Fevereiro de 2011.

Loja	Grávida	Gravidez	Gestação	Parto	Total
Americanas	14	48	53	14	129
Submarino	30	73	9	17	129
Ponto Frio	13	31	11	10	65
Extra	12	31	11	22	76
Casas Bahia	11	19	3	7	40
Wal Mart	8	15	1	3	27
Saraiva	23	72	12	34	141
Total	111	289	100	107	607

Nota: Após exclusão dos títulos de ficção, religiosos e não relacionados ao tema.

A análise preliminar das listas de resultados mostrou grande coincidência de resultados entre os *sites* Ponto Frio e Extra. Verificou-se, então, que em junho de 2009 o primeiro foi adquirido pelo Grupo Pão de Açúcar, detentor da rede Extra.* Diante disso, optou-se pela exclusão dos resultados retornados pelo *site* Ponto Frio, até então especializado no comércio de eletroeletrônicos, cuja seção de livros foi inaugurada apenas em 2011.

As buscas no *site* Casas Bahia retornaram menos de 50 resultados, sendo apenas três para a palavra-chave “gestação” e sete, para o caso de “parto”. Além disso, as operações das Casas Bahia também foram recentemente fundidas às do Grupo Pão de Açúcar.** Decidiu-se, assim, pela exclusão de seus resultados.

Por fim, os resultados do *site* Wal Mart também foram excluídos, uma vez que totalizaram apenas 27 livros, desigualmente distribuídos entre as palavras-chave. Para o termo “gestação” houve apenas um resultado e, para “parto”, apenas três (Tabela 1). Ainda que não se tivesse aplicado filtro temático nesta última busca (conforme exposto anteriormente), inúmeros títulos seriam inevitavelmente excluídos por não se adequarem aos propósitos deste trabalho. A maioria dos resultados dizia respeito ao direito (88), seguindo-se as categorias literatura

* FUSÃO entre Casas Bahia e Pão de Açúcar cria grupo de quase R\$ 40 bi. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 4 dez. 2009. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u661701.shtml>>. Acesso em: fev. 2011.

** FUSÃO entre Casas Bahia e Pão de Açúcar cria grupo de quase R\$ 40 bi. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 4 dez. 2009. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/dinheiro/ult91u661701.shtml>>. Acesso em: fev. 2011.

estrangeira (25), história em quadrinhos (10), literatura nacional (9) e literatura infanto-juvenil (5).

Desse modo, foram considerados os resultados dos *sites* Americanas, Submarino, Extra e Saraiva, que totalizaram 475 livros (Tabela 2), dos quais foi selecionado *corpus* para análise no presente trabalho.

Tabela 2: Número de livros sobre gravidez e parto, por loja virtual, segundo palavra-chave. Fevereiro de 2011.

Palavra-chave	Americanas	Submarino	Extra	Saraiva	Total	
					N.	%
Total	129	129	76	141	475	100
Grávida	14	30	12	23	79	17
Gravidez	48	73	31	72	224	47
Gestação	53	9	11	12	85	18
Parto	14	17	22	34	87	18

Nota: Após exclusão dos títulos de ficção, religiosos e não relacionados ao tema.

Para os quatro *sites* considerados, o maior número de resultados correspondeu à palavra-chave “gravidez”, com relativo equilíbrio entre as demais palavras. No conjunto dos resultados essa distribuição se repetiu (Tabela 2).

Para a viabilização deste estudo, optou-se por utilizar uma amostra dos livros mais vendidos, de acordo com os critérios elencados a seguir.

Para cada um dos *sites*, foram geradas quatro listas com os resultados das buscas (uma lista para cada palavra-chave). De cada uma dessas listas, os dez livros mais vendidos foram destacados, de modo que o primeiro recebeu dez pontos, o segundo, nove pontos, e assim sucessivamente, até o décimo colocado. Após a soma dessas pontuações, geraram-se quatro *rankings* das obras mais vendidas, um para cada palavra-chave, conforme observado nos Quadros de 1 a 4.

Quadro 1: Dez livros mais vendidos em lojas virtuais localizados pela palavra-chave gravidez.

Ranking	Pontos	Título	Lojas virtuais
1	25	A agenda da gravidez	Americanas, Saraiva, Submarino
2	22	Filhos - da gravidez aos 2 anos de idade - dos pediatras da Sociedade Brasileira de Pediatria para os pais	Americanas, Saraiva, Submarino
3	18	Minha gravidez dia a dia	Americanas, Saraiva
4	16	Guia médico da gravidez	Americanas, Extra, Submarino
5	14	Larousse da gravidez	Americanas, Saraiva, Submarino
6	11	Sua gravidez semana a semana	Americanas, Submarino
7	10	O guia do papai	Extra
8	9	...e Deus me criou: memórias do meu primeiro ano	Extra
9	9	Parabéns! Você está grávida - Orientações para uma gravidez perfeita	Saraiva
10	8	Concepção e gravidez depois dos 35 anos	Extra

Nota: O destaque em cinza se refere aos livros selecionados após a soma das pontuações.

Quadro 2: Dez livros mais vendidos lojas virtuais localizados pela palavra-chave parto.

Ranking	Pontos	Título	Lojas virtuais
1	28	Gravidez & parto	Americanas, Extra, Saraiva, Submarino
2	19	Depois do parto, a dor	Americanas, Extra, Saraiva
3	16	Parto ativo	Saraiva, Submarino
4	15	Sala de parto para o pediatra	Americanas, Submarino
5	10	Diário da gestante	Saraiva
6	10	Humanizando nascimentos e partos	Saraiva, Submarino
7	10	O livro da grávida	Extra
8	10	O períneo feminino e o parto	Americanas, Submarino
9	9	Ioga Para a Gravidez, Parto e Pós-Parto: Posturas Passo a Passo Adaptadas Para Cada Trimestre da Gestação	Saraiva
10	9	O manual do grávido	Extra

Nota: O destaque em cinza se refere aos livros selecionados após a soma das pontuações.

Quadro 3: Dez livros mais vendidos em lojas virtuais localizados pela palavra-chave gestação.

Ranking	Pontos	Título	Lojas virtuais
1	20	Nutrição: da gestação ao envelhecimento	Submarino, Saraiva
2	14	Guia médico da gravidez	Americanas, Extra
3	13	Reeducação alimentar: da gestação até a adolescência	Submarino, Saraiva
4	12	Gestação de alto risco - Diagnóstico e tratamento baseados em evidências	Submarino, Saraiva
5	12	Gravidez saudável	Submarino, Saraiva
6	10	Concepção e gravidez depois dos 35 anos	Extra
7	10	Massagem materna - Manual para aliviar os desconfortos da gestação	Submarino, Saraiva
8	10	Minha gravidez dia a dia	Americanas
9	9	A agenda da gravidez	Americanas
10	9	Filhos - da gravidez aos 2 anos de idade - dos pediatras da Sociedade Brasileira de Pediatria para os pais	Americanas, Extra

Nota: O destaque em cinza se refere aos livros selecionados após a soma das pontuações.

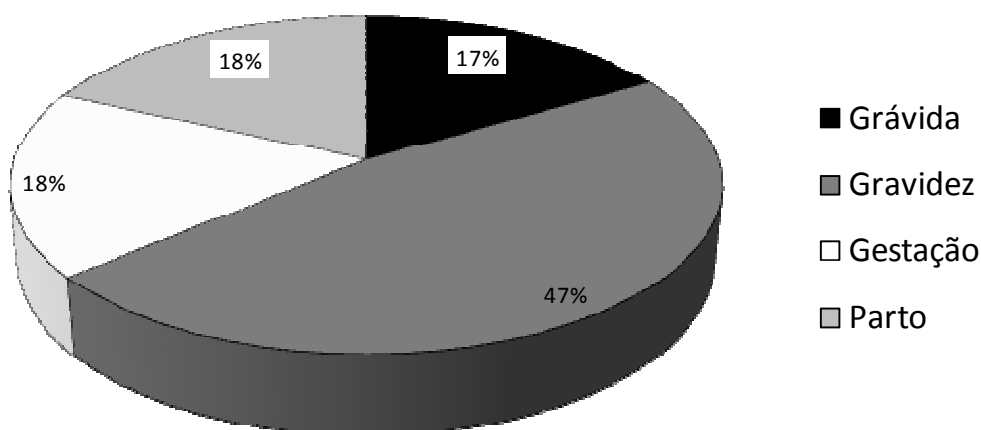
Quadro 4: Dez livros mais vendidos em lojas virtuais localizados pela palavra-chave grávida.

Ranking	Pontos	Título	Lojas virtuais
1	35	O livro da grávida	Americanas, Submarino, Extra, Saraiva
2	31	Grávida e bela	Americanas, Submarino, Extra, Saraiva
3	22	Sinceramente grávida	Americanas, Extra, Saraiva
4	21	Parabéns! Você está grávida - Orientações para uma gravidez perfeita	Submarino, Extra, Saraiva
5	17	O livro de receitas da grávida saudável	Americanas, Submarino, Saraiva
6	13	Grávida com estilo	Americanas, Submarino
7	11	Totalmente grávida	Americanas, Submarino, Saraiva
8	10	Grávida aos 14 anos?	Extra, Saraiva
9	9	Gravidez para grávidas	Submarino, Saraiva
10	9	Receitas para grávidas	Extra, Saraiva

Nota: O destaque em cinza se refere aos livros selecionados após a soma das pontuações.

As obras foram, então, selecionadas de acordo com a distribuição dos resultados segundo palavra-chave (Figura 2).

Figura 2: Distribuição dos livros sobre gravidez e parto, por loja virtual, segundo palavra-chave. Fevereiro de 2011.



A palavra-chave “gravidez” correspondeu a quase metade dos resultados, ao passo que “gestação” e “parto” retornaram 18% dos resultados e “grávida”, 17%. De início, dez obras comporiam o *corpus*, desse modo, do *ranking* correspondente à palavra “gravidez”, foram selecionadas as cinco primeiras obras, ou seja, cerca de 50% do *corpus*. Em seguida, de modo a manter a distribuição porcentual das obras segundo palavra-chave, selecionaram-se as duas obras mais bem colocadas nos *rankings* correspondentes às palavras “grávida”, “gestação” e “parto”, respectivamente, totalizando 11 obras (Quadro 5), que foram objeto de análise deste trabalho. Na coincidência de títulos, estes foram substituídos pelo título seguinte, conforme os referidos *rankings*.

A busca nos *sites* foi pelos livros mais vendidos, mas eles não necessariamente correspondem às obras sobre gravidez e parto mais lidas no país. Pra obter tal relação, seria necessário realizar pesquisa específica e de natureza distinta à do presente trabalho. Ainda assim, as obras selecionadas constituem uma amostra dos títulos comercializados no Brasil.

Quadro 5: Livros selecionados para análise.

Ranking	Pontos	Título	Loja virtual	Palavra-chave	Autor	Editores	Ano
1	35	O livro da grávida	Americanas, Submarino, Extra, Saraiva	grávida	Anne Geddes	Alles Trade	2008
2	31	Grávida e bela	Americanas, Submarino, Extra, Saraiva	grávida	Carla Góes Sallet	Ediouro	2009
3	28	Gravidez & parto	Americanas, Extra, Saraiva, Submarino	parto	Estela Davila	Planeta	2009
4	25	A agenda da gravidez	Americanas, Saraiva, Submarino	gravidez	A. Christine Harris	Marco Zero	2008
5	22	Filhos - da gravidez aos 2 anos de idade - dos pediatras da Sociedade Brasileira de Pediatria para os pais	Americanas, Saraiva, Submarino	gravidez	Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)	Manole	2010
6	20	Nutrição: da gestação ao envelhecimento	Submarino, Saraiva	gestação	Marcia Regina Vitolo	Rubio	2008
7	19	Depois do parto, a dor	Americanas, Extra, Saraiva	parto	Brooke Shields	Prestígio	2006
8	18	Minha gravidez dia a dia	Americanas, Saraiva	gravidez	Demian Sterman e Mariano Rozenberg	Vergara & Riba	2009
9	16	Guia médico da gravidez	Americanas, Extra, Submarino	gravidez	Gerard M. Dileo	M. Books	2006
10	14	Larousse da gravidez	Americanas, Saraiva, Submarino	gravidez	Larousse	Larousse do Brasil	2003
11	13	Reeducação alimentar: da gestação até a adolescência	Submarino, Saraiva	gestação	Joselaine Silva Stürmer	Vozes	2004

3.2. ANÁLISE DOS LIVROS

Todas as obras selecionadas foram descritas quanto a título completo, autor ou autores, ano e local de publicação, tradutor (quando o caso), número de páginas, tipo de capa (capa dura ou brochura) e impressão do miolo (se colorido ou preto e branco). Acompanha essa descrição uma breve resenha de cada livro, conforme pode ser visto nos Resultados e na Discussão.

Todas as obras foram lidas e os trechos que faziam referência à episiotomia foram destacados para análise. Ao longo do trabalho, esses trechos são chamados também de *textos*, definidos por CHARAUDEAU (2009) como produto material do ato de comunicação e que “resulta de escolhas conscientes (ou inconscientes) feitas pelo sujeito falante”. Sujeito falante, neste caso, corresponde ao autor (ou autores) de cada uma das obras.

O presente trabalho teve como principal aporte teórico os estudos de Patrick Charaudeau acerca dos modos de organização do discurso. Na perspectiva de CHARAUDEAU (2009), os livros para gestantes leigas organizam-se predominantemente de modo descritivo, e este tipo de linguagem tem como finalidade principal “ver o mundo com um ‘olhar parado’ que faz existir os seres ao nomeá-los, localizá-los e atribuir-lhes qualidades que os singularizam” (p. 111). Importante ressaltar que, nesse caso, *seres* não correspondem a *seres vivos*, mas a *coisas do mundo*.

A análise de discurso conforme operacionalizada aqui pretende desvelar *efeitos de sentido possíveis* do texto, os quais o leitor real pode ou não perceber. Além disso, nem todos os efeitos possíveis relacionados decorrem de intenção perfeitamente consciente por parte do autor das obras analisadas (CHARAUDEAU, 2009, p. 139). Salienta-se que foram consideradas apenas as informações escritas, desse modo, imagens, elementos de diagramação e outras informações visuais não foram contempladas.

3.2.1. Identificação, localização-situação e qualificação

Conforme CHARAUDEAU (2009), *nomear* (ou *identificar*), *localizar-situar* e *qualificar* são os três componentes do modo de organização descritivo. Assim, buscou-se verificar como a episiotomia é nomeada nos textos, por meio do levantamento dos termos usados para identificar esse procedimento.

A localização-situação compreende o recorte espaço-temporal referenciado pelo texto. Ao determinar o lugar que a episiotomia ocupa no parto e na história da medicina (especificamente da obstetrícia), por um efeito de retorno, esse texto atribui características ao procedimento, uma vez que a razão de ser da episiotomia depende de sua posição espaço-temporal, conforme propõe CHARAUDEAU (2009, p. 113) ao tratar desse componente do modo de organização do texto descritivo.

A localização-situação tem relevância na medida em que sua afirmação confere precisão ao texto ou, na sua ausência, obtém-se um efeito de imprecisão, “porque o relato não se ancora em uma realidade específica, mas coloca em cena destinos e arquétipos que são intemporais” (CHARAUDEAU, 2009, p. 137).

A qualificação, por sua vez, é a ferramenta por meio da qual o autor singulariza e especifica as coisas do mundo, de acordo com sua racionalidade, seus sentidos e seus sentimentos, enfim, de acordo com sua própria visão de mundo. É importante salientar que essa visão de mundo depende também das normas que o autor compartilha com a coletividade em que se insere. Nesse contexto, existem as normas relativas aos sentidos (características apreensíveis pelo olfato, tato, audição, visão, paladar) e as normas funcionais, ou seja, “para que servem os objetos, qual é sua finalidade pragmática, por que eles possuem tal ou tal qualidade” (CHARAUDEAU, 2009, p. 115).

Segundo CHARAUDEAU (2009), é por meio da qualificação que o autor manifesta seu imaginário, individual ou coletivo, “num jogo de conflito entre as *visões normativas* impostas pelos consensos sociais e as *visões próprias* ao sujeito” (p. 116). Isso porque a qualificação pode se dar por meio de construções objetivas ou subjetivas do mundo.

Os procedimentos de construção objetiva do mundo consistem em construir uma visão de verdade sobre o mundo, qualificando os seres com a ajuda de traços que possam ser verificados por qualquer outro sujeito além do sujeito falante. (CHARAUDEAU, 2009, p. 120).

Embora a definição incorpore os termos “verdade sobre o mundo”, deve-se salientar que se trata de uma *visão* de verdade, ou seja, de um imaginário social compartilhado por um determinado grupo que permite representar o mundo segundo aquilo que se crê ser a verdade.

Os procedimentos de construção subjetiva do mundo consistem em permitir ao sujeito falante descrever os seres do mundo e seus comportamentos através de sua própria visão, a qual não é necessariamente verificável. O universo assim construído é relativo ao imaginário pessoal do sujeito. (CHARAUDEAU, 2009, p. 125).

CHARAUDEAU (2009) não opõe radicalmente as qualificações objetivas e subjetivas, mas entende-as como construções de imaginários em torno do *verossímil*. Nesse sentido, admite duas possibilidades de *verossímil* e de um *inverossímil*. Este último caso relaciona-se com aquilo que “não é da ordem do possível”, ou seja, o “mundo descrito não está comprometido com uma realidade verificável, ou uma ficção reconhecível” (p. 126). Pela natureza dos textos analisados, o *inverossímil* não tem lugar no presente trabalho, porém, as duas possibilidades de *verossímil* foram consideradas.

- o *verossímil 1*, por ser dependente do consenso produzido por uma comunidade social a respeito do que é da ordem da *realidade*, apresenta-se de maneira *fragmentada* e pode ser *verificado*. Ele pode ser chamado de ‘verossimilhança’ no sentido banal do termo, quando se diz: ‘É verossímil’.

- o *verossímil 2*, por ser dependente do *consenso* dos sujeitos sobre o que é da ordem da ficção, apresenta-se, então, de maneira *unificada* e pode ser, não verificado, mas *reconhecido* como código desta ficção, ou seja, como ‘devendo ser assim’. É este verossímil que rege alguns gêneros de relatos tais como os gêneros policial, western, aventura e outros. (CHARAUDEAU, 2009, p. 126)

Ambos os conceitos guardam estreita relação com o de *conhecimento autoritativo*. Segundo JORDAN (1997), existem vários sistemas de conhecimento para qualquer domínio da atividade humana. Alguns desses sistemas de

conhecimento, “por consenso, carregam mais peso do que outros, ou porque explicam melhor o estado do mundo para os propósitos atuais (eficácia) ou porque estão associados com uma base de poder mais forte (superioridade estrutural), e usualmente ambos” (p. 56).

Ainda segundo JORDAN (1997), o conhecimento autoritativo é constituído socialmente ao longo do tempo e simultaneamente constrói e reflete as relações de poder dentro de uma comunidade de práticas. Estabelece-se de tal maneira que pareça natural e consensual. Assim, diante de sua lógica interna, o conhecimento autoritativo possui grande poder de persuasão.

Os textos coletados foram estudados quanto a identificação e qualificação da episiotomia e qualificação dos seus benefícios e riscos, de modo que se possa verificar como essas obras contribuem para a alfabetização ou proficiência em saúde da mulher no que se refere à episiotomia. Seria desejável que as obras sobre gravidez e parto esclarecessem o que é a episiotomia, seus riscos e seus benefícios e, idealmente, que mencionassem ainda que se trata de um procedimento cirúrgico que, como tal, só deveria ser realizado mediante consentimento da mulher. Salienta-se que para consentir ou não com a realização da episiotomia, a mulher precisa conhecer sua indicação, seus riscos e as alternativas de tratamento disponíveis. As evidências científicas sobre episiotomia consideradas na análise são sumarizadas no Quadro 6.

Quadro 6: Evidências atuais sobre episiotomia.

Aspectos	Evidências atuais
Tipo de incisão	Episiotomia mediana parece ser mais danosa que a médio-lateral. (1) (2)
Benefícios da episiotomia	Não há. (1)
Política liberal (episiotomia de rotina) <i>versus</i> política restritiva	Políticas restritivas têm numerosos benefícios em relação à episiotomia de rotina, como menos trauma perineal posterior, menos sutura e menos complicações; Nenhuma diferença para a maioria das medidas de dor e lesão perineal ou vaginal grave, mas maior risco de lesão perineal anterior com episiotomia restritiva. (3) Episiotomia de rotina não traz benefícios e não é recomendada. (1) (2) (4)
Indicações para episiotomia	Evidências atuais não permitem concluir quais circunstâncias deveriam ser consideradas indicações para episiotomia. (1) (3) (4) A “ameaça de ruptura perineal grave” não é um diagnóstico objetivo e clinicamente não está bem definido o que caracterizaria essa “ameaça”. Lacerações de terceiro e quarto graus são, de fato, muito raras, e também não se estimou quantas episiotomias seriam necessárias para prevenir um único caso de ruptura perineal grave. (4) Episiotomia não é útil na distócia de ombros, porque o problema é a desproporção dos ombros fetais com a pelve óssea e não com o períneo materno. Sugerem-se a manobra de McRoberts ou a pressão suprapúbica. (4) Não há evidências de que episiotomia previna tocotraumatismos fetais de prematuros. (4) Não há evidências de que episiotomia seja necessária em partos pélvicos e mesmo a complicação mais temida, a cabeça derradeira, não se associa à desproporção relacionada com o períneo. (4)
Graus de lesão perineal	Episiotomia é laceração perineal de 2º. grau. (1) (4) Com episiotomia pode haver prolongamento da incisão, levando a lesões de 3º e 4º. graus. (2)
Resultados perinatais	Episiotomia não gera diferença nos resultados perinatais nem reduz a incidência de asfixia. (4)
Incontinência urinária e fecal e prolapso genital	Evidências atuais não permitem concluir se episiotomia os previne a longo prazo. (1) (2) Em períodos de tempo menores, episiotomia não traz benefícios nesse sentido. (1) (4) Episiotomia associa-se à redução da força muscular do assoalho pélvico em relação aos casos de lacerações perineais espontâneas. (4)

(continua)

Quadro 6: Evidências atuais sobre episiotomia.

Resultados anatômicos e estéticos	Com episiotomia pode haver resultados anatômicos insatisfatórios (como assimetria, fístula, estreitamento do intróito). (2)
Perda sanguínea e sutura	Com episiotomia, há maior perda sanguínea e maior necessidade de sutura. (2) (4) Episiotomia aumenta risco de hemorragia pós-parto. (6)
Dor no pós-parto	Com episiotomia pode haver mais dor no pós-parto. (2)(4)
Infecção e deiscência	Com episiotomia, pode haver taxas mais elevadas de infecção e deiscência. (2)
Sexualidade	Com episiotomia, pode haver dispareunia. (2) (4)
Partos subsequentes	Com episiotomia, aumenta risco de laceração perineal em partos subsequentes. (2) (5)
Complicações	Perda sanguínea (2) Hemorragia (6) Infecção (2) (4) Fasciíte necrosante (2) (4) Deiscência (2) (4) Prolongamento da incisão (2) Edema (4) Hematoma (4) Celulite (2) Abscesso (2) Dispareunia e função sexual alterada (2) Dor perineal (2) (4) Incontinência urinária, fecal e de flatos (2) Fístula retovaginal (2) Condução do nervo pudendo alterada (2)
Balanco entre benefícios e riscos da episiotomia	Benefícios atribuídos à episiotomia não superam seus danos, ao contrário, resultados são piores com episiotomia, uma vez que mulheres que não teriam sofrido qualquer lesão acabam por sofrer uma incisão cirúrgica. (1) (4)

(1) VISWANATHAN, M. et al., 2005.

(2) ROBINSON, J.N., 2012.

(3) CARROLI, G.; MIGNINI, L., 2010.

(4) AMORIM, M.M.R. de; KATZ, L., 2008.

(5) ALPERIN, M. et al., 2008.

(6) OYELESE, Y.; ANANTH, C. 2010.

3.2.2. Efeitos de sentido

Os textos produzem diferentes efeitos de sentido de acordo com o modo de organização de seus componentes. CHARAUDEAU (2009) trata-os como efeitos *possíveis*, que podem decorrer ou não de intenção consciente por parte do autor e que podem ou não ser percebidos pelo leitor. Diversos efeitos de sentido podem ser caracterizados, e no presente estudo consideraram-se os efeitos de saber e de confiança.

A acumulação de identificações e qualificações produz o *efeito de saber*. Por meio desse procedimento, o autor do texto coloca-se como detentor de um conhecimento que o leitor não possui, independentemente de o autor ter obtido tal conhecimento por sua prática ou observação ou por meio do estudo científico (CHARAUDEAU, 2009).

Para produzir o *efeito de confiança*, o autor faz uma intervenção implícita ou explícita, por meio de parênteses, travessões, provérbios, comparações, entre outros. Desse modo, o autor revela reflexões pessoais, interpela diretamente o leitor, chama o leitor a compartilhar uma reflexão ou nega algumas qualificações antes de afirmar outras.

3.3. QUESTÕES ÉTICAS

Este trabalho é dispensado de apreciação por comitê de ética em pesquisa, por se tratar de estudo bibliográfico e que não envolve seres humanos, conforme Resolução 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Salienta-se que as obras estudadas foram publicadas no Brasil e estão disponíveis no mercado a quem desejar adquiri-las. Sua seleção se deu conforme critérios de pesquisa científica e não há qualquer conflito de interesse com os autores, as editoras ou os *sites* em que se fez o levantamento das obras à venda.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme mencionado anteriormente no Quadro 5, 11 livros foram selecionados para análise. A seguir, algumas características desse conjunto são destacadas e, mais adiante, as obras são descritas individualmente quanto a autoria, ano, local e editora de publicação no Brasil, tradução, número de páginas, tipo de capa, uso de cores e breve resenha.

No que se refere ao idioma original, as obras de GEDDES, HARRIS, SHIELDS e DILEO foram traduzidas a partir do inglês, ao passo que duas foram traduzidas do espanhol (DAVILA e STERMAN & ROZENBERG) e a obra da LAROUSSE teve como ponto de partida o original francês (Quadro 7).

Nenhum livro analisado foi escrito por obstetriz ou enfermeira obstetra, ao passo que cinco têm pelo menos um médico de qualquer especialidade entre seus autores (SALLET, SBP, STERMAN & ROZENBERG, DILEO, LAROUSSE) e para apenas um não foi possível constatar a categoria profissional do autor (DAVILA). A obra da SBP foi especialmente escrita para os pais brasileiros e conta com muitos colaboradores, em sua maioria médicos. Um livro tem como autor uma fotógrafa (GEDDES), outro foi escrito por uma atriz (SHIELDS) e dois por nutricionistas (VITOLLO e STÜRMER). Conhecer a ocupação do autor do livro permite situar o lugar de onde ele fala, em termos de posição social e credibilidade (CHARAUDEAU, 2010, p. 52).

Todos os livros foram publicados na década de 2000, sendo o mais recente de 2010 (SBP) e o mais antigo, de 2002 (HARRIS). Neste último caso, salienta-se que o exemplar analisado corresponde à oitava reimpressão, datada de 2008. Desse modo, na ocasião da publicação brasileira de todas as obras, as principais evidências científicas a respeito da episiotomia consideradas no presente trabalho já estavam consolidadas.

Com relação às características gerais, resta anotar que todas as obras foram editadas no Sudeste do Brasil, especificamente nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, com predominância da capital paulista como local de edição das obras analisadas.

Quadro 7: Características gerais dos livros sobre gravidez e parto analisados. Brasil, 2012.

Título	Autor	Editora	Ano	Profissão do autor	Idioma original
O livro da grávida	Anne Geddes	Alles Trade	2008	Fotógrafa	Inglês
Grávida e bela	Carla Góes Sallet	Ediouro	2009	Médica	Português
Gravidez & parto	Estela Davila	Planeta	2009	Desconhecida	Espanhol
A agenda da gravidez	Christine A. Harris	Marco Zero	2008	Psicóloga	Inglês
Filhos - da gravidez aos 2 anos de idade - dos pediatras da Sociedade Brasileira de Pediatria para os pais	Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)	Manole	2010	Médicos (principalmente)	Português
Nutrição: da gestação ao envelhecimento	Marcia Regina Vitolo	Rubio	2008	Nutricionista	Português
Depois do parto, a dor	Brooke Shields	Prestígio	2006	Atriz	Inglês
Minha gravidez dia a dia	Demian Sterman e Mariano Rozenberg	Vergara & Riba	2009	Jornalista (Sterman) e Médico (Rozenberg)	Espanhol
Guia médico da gravidez	Gerard M. Dileo	M. Books	2006	Médico	Inglês
Larousse da gravidez	Larousse	Larousse do Brasil	2003	Médicos, nutricionistas, psicólogos e enfermeiros	Francês
Reeducação alimentar: da gestação até a adolescência	Joselaine Silva Sturmer	Vozes	2004	Nutricionista	Português

Sete livros não mencionam a episiotomia uma vez sequer em suas páginas: GEDDES, SALLET, HARRIS, VITLO, SHIELDS, STERMAN & ROZENBERG e STÜRMER.

O livro de GEDDES consiste em um catálogo de fotografias bem produzidas, sem qualquer comprometimento de reproduzir ou divulgar informações sobre gravidez e parto, ainda que se dirija a gestantes leigas. A obra apenas oferece ilustrações com espaços para que a gestante faça anotações pessoais. SHIELDS, por sua vez, relata autobiograficamente como viveu e superou a depressão pós-parto, mas salienta-se que o título em português, *Depois do parto, a dor*, é enganoso, uma vez que a atriz sofreu uma cesariana. Já as obras de STÜRMER e VITOLO têm como foco a nutrição, e não abarcam outras questões relativas ao período gravídico.

As obras de SALLET, HARRIS e STERMAN & ROZENBERG também não mencionam a episiotomia. As duas últimas obras são organizadas como agendas diárias, com espaços para que a gestante anote informações diversas. Indicam algumas transformações pelas quais o corpo da mulher passa ao longo da gravidez, assim como algumas curiosidades sobre o desenvolvimento fetal e o parto.

SALLET, por sua vez, focaliza questões estéticas, mas sem deixar de lado questões sobre a saúde materno-fetal e o processo de parto. Contudo, não aborda a episiotomia.

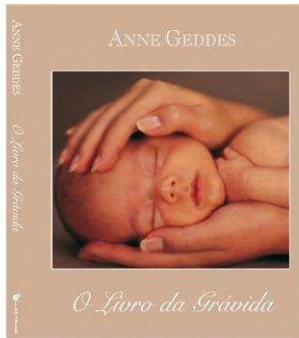
Apenas quatro obras mencionam a episiotomia; três delas foram escritas principalmente por profissionais de saúde (SBP, DILEO e LAROUSSE), em uma (DAVILA) não foi possível identificar a categoria profissional do autor. Conforme aporte teórico de CHARAUDEAU (2009, 2010), descreve-se a seguir como essas obras identificam e qualificam a episiotomia, procedem a sua localização-situação, qualificam os benefícios e os riscos desse procedimento e as alternativas disponíveis.

4.1. DISCURSO SOBRE EPISIOTOMIA NOS LIVROS SOBRE GRAVIDEZ E PARTO

Todas as obras selecionadas são descritas a seguir quanto a suas características gerais e com breve resenha. Os quatro livros que contêm informações

sobre episiotomia são descritos individualmente, tanto em seus aspectos editoriais gerais quanto em relação à episiotomia.

4.1.1. GEDDES



O livro da grávida

Anne Geddes

São Paulo: Alles Trade, 2008.

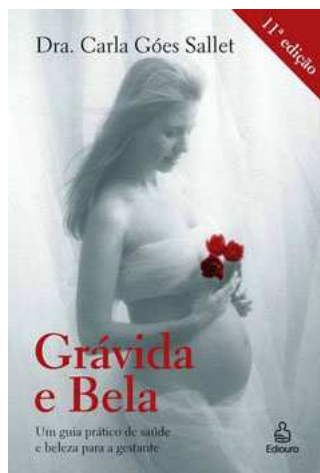
Tradução de Leslie Birkenstein.

Páginas não numeradas

Capa dura, colorido

O livro da grávida é ilustrado com fotografias de mulheres e recém-nascidos, com alguns tópicos e perguntas para que a própria mulher grávida preencha. Não traz, portanto, qualquer informação direta ou indireta sobre o período gravídico-puerperal. Anne Geddes é fotógrafa e autora de diversos trabalhos com recém-nascidos bastante conhecidos, com forte apelo emocional. A obra em tela traz perguntas sobre modificações físicas e emocionais notadas pela mulher ao longo dos trimestres de gravidez e um capítulo especial é dedicado ao nascimento do bebê. Nessa seção, as perguntas são “Eu soube que estava em trabalho de parto”, “Onde eu estava”, “Dia e hora”, “Quem estava comigo na hora” e “Comentários sobre o trabalho de parto”. Na seção seguinte, “Primeiras impressões”, uma das páginas solicita que a mulher registre “Minha maior surpresa sobre dar à luz”. Assim, embora a obra não tenha como foco a divulgação de informações sobre gravidez e parto, de modo geral a obra vincula a ideia de nascimento ao parto normal, uma vez que solicita o registro de informações sobre dar à luz e trabalho de parto. Devido à inexistência de outros discursos a respeito do parto (sejam eles textuais ou imagéticos), a análise dessa obra não foi aprofundada.

4.1.2. SALLET



Grávida e bela: um guia prático de saúde e beleza para a gestante

Dra. Carla Góes Sallet

São Paulo: Ediouro, 2009.

11a. edição

304 páginas

Brochura, colorido

Trata-se de uma reunião de informações sobre diversos aspectos da gravidez e da maternidade. As seções mais extensas dedicam-se às questões estéticas, com dicas sobre cosméticos, roupas e acessórios, e ainda com recomendações sobre exercícios e alimentação. Dois capítulos seriam de especial interesse para a presente análise: “Partos - e ele chega ao nosso mundo” e “Casos muito especiais - quando nem tudo vai bem”, mas a episiotomia não é mencionada nessas seções nem em outras páginas da obra. Importante salientar que a autora, médica, detém uma linha de “dermocosméticos” chamada Grávida e Bela, tem outras obras publicadas sobre estética para mulheres e é “consultora” de “revistas, jornais, rádios e TVs”, conforme informação da orelha do livro.

4.1.3. DAVILA



Gravidez & parto

Estela Davila

São Paulo: Planeta do Brasil, 2009.

Tradução de Sandra Martha Dolinsky

160 páginas

Capa dura, colorido

Traduzida do espanhol, a obra conta com páginas coloridas, ilustradas com fotos, desenhos, gráficos e quadros diversos. Conta com 12 capítulos, que abordam desde o planejamento da concepção até os cuidados pós-parto e dicas de puericultura. Inclui, ainda, um capítulo intitulado “Temas médicos”, que trata de doenças transmissíveis e não transmissíveis, supostamente para ser lido pela mulher antes de engravidar. Há ainda um “Glossário de análises clínicas e exames complementares” e um “Dicionário da saúde”. Este último trata de assuntos como aborto espontâneo, candidíase, descolamento prematuro da placenta e diabetes gestacional, entre outros.

A episiotomia é abordada em contextos distintos: em um quadro especificamente dedicado a ela e em seções sobre expulsão da placenta, sobre anestesia e sobre puerpério. Além disso, ela é mencionada em um quadro geral com algumas das recomendações da Organização Mundial da Saúde.

[Quadro:]

A episiotomia

A episiotomia consiste em um corte feito na parte da união inferior dos grandes lábios, para aumentar o espaço de saída do bebê e prevenir o rasgamento.

Costuma ser praticada nas mães de primeira viagem, com exceção da mulher que tiver essa região especialmente flexível, e sempre que a cabeça da criança exerce pressão contra os tecidos do períneo e se temer pelo rasgamento.

É verdade que possivelmente se abusa dessa técnica, mas, para que seja mais bem compreendida e não se considere um “capricho” do ginecologista, expomos uma complicação que pode surgir se não for feita: o rasgamento perineal, cuja evolução e prognóstico é bem pior. Consiste na ruptura traumática das estruturas situadas no períneo feminino, da vagina até o reto. Existem quatro graus de rasgamento segundo a intensidade, sendo o primeiro grau o mais leve, que afeta somente a vulva e a mucosa vaginal; mas o quarto grau pode rasgar o esfíncter anal, deixando como seqüela uma incontinência pelo resto da vida. (p. 81).

[Legenda da figura que acompanha o quadro:]

A técnica da episiotomia tem duzentos anos e pretende alargar o canal do parto para facilitar o período expulsivo. (p. 81).

[Na seção “Expulsão da placenta”:]

Se foi feita uma episiotomia, este será o momento de suturá-la. (p. 81)

[Na seção “Anestésias”:]

Anestesia dos nervos pudendos

Esta é uma anestesia simples e pouco nociva, tanto para a mãe quanto para o feto. É local e não anula completamente a dor. É aplicada na vulva e no períneo, e normalmente usada em casos de expulsões complicadas que precisam de ventosa ou episiotomia. Seus efeitos duram, no máximo, uma hora. (p. 82)

[Quadro:]

Recomendações da Organização Mundial da Saúde

[...] Não se justifica a episiotomia sistematicamente; deveria ser avaliada, (sic.) e aplicados, eventualmente, outros métodos de proteção do períneo. (p. 90)

[Na seção “O puerpério”:]

Cuidados com a episiotomia

O mais importante é manter a região o mais seca e limpa possível. É bom lavar a área duas ou três vezes por dia com sabonete neutro ou tomar banhos de imersão com água fervida e um punhado de sal grosso. Depois é muito importante secar minuciosamente a região, fazendo pressão com uma gaze ou uma compressa de algodão ou celulose. Além da higiene, deve ter cuidado com a possibilidade de a ferida ainda fresca se abrir se forçar em excesso uma posição ou se a “maltratar”, posto que não se trata só de uma ferida superficial; existem planos musculares mais profundos que também têm de cicatrizar.

A episiotomia leva de sete a dez dias para cicatrizar. (p. 101)

A. Identificação da episiotomia

No quadro dedicado à episiotomia, localizado na seção que trata do parto normal, os termos utilizados para identificá-la são “episiotomia”, “um corte feito na parte da união inferior dos grandes lábios” e “técnica”. No quadro com as recomendações da OMS, a referência também se faz apenas à “episiotomia”, sem termos adicionais, ao passo que na seção sobre pós-parto, utiliza-se “ferida”.

Assim, antes do parto, durante o mesmo ou nas recomendações institucionais, a episiotomia consiste em um corte com técnica e nome específicos. Após o parto, ela torna-se uma ferida sem especificidade.

B. Qualificação da episiotomia

No quadro dedicado à episiotomia, esclarece-se que se trata de um corte, a região do corpo onde é realizada (“na parte da união inferior dos grandes lábios”) e sua finalidade (“para aumentar o espaço de saída do bebê e prevenir o rasgamento”). Pode-se considerar que a região da incisão é descrita adequadamente (KALIS et al., 2012; KETTLE, 2005; GRAHAM e DAVIES, 2005), porém, não se mencionam os tecidos afetados e as direções possíveis do corte. A necessidade de sutura é mencionada apenas na seção relativa à expulsão da placenta: “Se foi feita uma episiotomia, este será o momento de suturá-la”.

Ainda que a episiotomia de fato amplie o canal de parto, ela não previne trauma perineal, identificado na obra como “rasgamento” (CARROLI e MIGNINI, 2012; ROBINSON, 2012; AMORIM e KATZ, 2008; HARTMANN et al., 2005; VISWANATHAN et al., 2005; ENKIN et al., 2005; WAGNER, 1999).

Segundo essa obra, a episiotomia seria indicada às primíparas (“costuma ser praticada nas mães de primeira viagem”). Conforme apontam GRAHAM e DAVIES (2005), a baixa paridade constitui *fator de risco* para a episiotomia, não *indicação*. O fato de ela ser praticada costumeiramente nas primíparas, inclusive no Brasil (GRAHAM et al., 2005; ALTHABE, BELIZÁN e BERGEL, 2002; BRASIL e CEBRAP, 2008), não reflete as evidências científicas conhecidas desde a década de 1980, segundo as quais a prática rotineira da episiotomia acarreta mais danos do que benefícios (CARROLI e MIGNINI, 2012; AMORIM e KATZ, 2008; DINIZ e CHACHAM, 2006; HARTMANN et al., 2005; VISWANATHAN et al., 2005; WAGNER, 1999; WHO, 1985).

Importante notar que a dimensão da incisão só pode ser apreendida na seção relativa ao pós-parto, “Cuidados com a episiotomia”, 20 páginas adiante, quando se menciona que “não se trata só de uma ferida superficial; existem planos musculares profundos que também têm de cicatrizar” e que ela “leva de sete a dez dias para cicatrizar”.

C. Localização-situação da episiotomia

Ao lado da figura que ilustra o quadro sobre episiotomia, a legenda informa que “A técnica da episiotomia tem duzentos anos”, de modo a contextualizar na

história a realização dessa cirurgia. Trata-se de um recurso semiolinguístico citado por CHARAUDEAU (2009): “Localizar-situar é determinar o lugar que um ser ocupa no *espaço* e no *tempo* e, por um efeito de retorno, atribuir características a este ser na medida em que ele depende, para sua existência, para a sua função, ou seja, para a sua razão de ser, de sua posição espaço-temporal” (p. 113). O fato de a cirurgia ser conhecida há tantos anos, conforme a obra, acabaria por justificar sua existência e sua permanência entre as intervenções realizadas no parto normal.

D. Qualificação dos benefícios da episiotomia

O único benefício da episiotomia colocado pela obra corresponde à prevenção do trauma perineal, o que não se sustenta cientificamente, conforme já mencionado (CARROLI e MIGNINI, 2012; ROBINSON, 2012; AMORIM e KATZ, 2008; HARTMANN et al., 2005; VISWANATHAN et al., 2005; ENKIN et al., 2005; WAGNER, 1999). Esse suposto benefício é indicado três vezes no quadro dedicado à episiotomia. Esta seria realizada para “prevenir o rasgamento” e “sempre que [...] se temer pelo rasgamento”. Apenas na terceira referência ao termo “rasgamento” se esclarece do que ele se trata, primeiro por meio de uma negação, “para que [...] não se considere um ‘capricho’ do ginecologista”, e em seguida por uma afirmação, “expomos uma complicação que pode surgir se não for feita [a episiotomia]: o rasgamento perineal”.

Segundo CHARAUDEAU (2009), o procedimento de negar algumas qualificações antes de afirmar outras produz um *efeito de confiança* no texto. Por meio desse efeito, o autor aproxima-se do leitor e exprime, implícita ou explicitamente, sua opinião. Tal aproximação pode ser verificada, inclusive, por meio do modo verbal: em “expomos uma complicação”, nota-se a única utilização da primeira pessoa do plural no quadro relativo à episiotomia. No que se refere aos benefícios da episiotomia, o autor não opina com base nas evidências científicas atuais.

E. Qualificação dos riscos da episiotomia

Os riscos e possíveis complicações da episiotomia não são expostos objetivamente em nenhum momento. No capítulo relativo ao pós-parto, seção

“Cuidados com a episiotomia”, o acúmulo de recomendações sobre higiene permite vislumbrar subjetivamente o risco de infecção, embora em nenhum momento isso seja mencionado. Ao relatar “a possibilidade de a ferida ainda fresca se abrir se forçar em excesso uma posição ou se a ‘maltratar’”, o texto ainda torna obscuro o processo de cicatrização. O que seria maltratar uma ferida? Quem exerceria a força excessiva mencionada? A que corresponde a *posição* que receberia tal força? Salienta-se, porém, que tais problemas de clareza podem ser atribuídos a falhas na tradução.

F. Qualificação das alternativas à episiotomia

No quadro relativo às recomendações da OMS, menciona-se que “deveria ser avaliada, (sic.) e aplicados, eventualmente, outros métodos de proteção do períneo”, no entanto, não há qualquer referência na obra a quais seriam esses métodos.

Dez páginas antes, o trauma perineal é exposto como desfecho possível caso não se realize a episiotomia, com o reforço de que no trauma a evolução e o prognóstico são piores. Tais colocações contrariam as evidências, pois partos vaginais sem episiotomia não necessariamente redundam em lacerações e, quando ocorrem, essas lacerações podem ser de menor gravidade e com melhor prognóstico (AMORIM e KATZ, 2008; VISWANATHAN et al., 2005; HARTMANN et al., 2005).

Adicionalmente, a obra não menciona em qualquer parte que a episiotomia corresponde a uma laceração de segundo grau (AMORIM e KATZ, 2008; VISWANATHAN et al., 2005; HARTMANN et al., 2005; KETTLE, 2005), embora destaque “quatro graus de rasgamento segundo a intensidade”.

G. Conhecimento autoritativo e protagonismo

Em *Gravidez & Parto*, os benefícios da episiotomia aparecem discursivamente sobrevalorizados e, ao mesmo tempo, os riscos do procedimento cirúrgico não são devidamente esclarecidos (Quadro 8). Em ambos os casos, de modo geral, as informações divulgadas pela obra não coincidem com as evidências científicas atuais sobre o tema.

Quadro 8: Aspectos sobre episiotomia em DAVILA.

Aspectos	DAVILA
Tipo de incisão	Não menciona.
Benefícios da episiotomia	Prevenir lesões perineais graves.
Política liberal (episiotomia de rotina) <i>versus</i> política restritiva	Indica, entre as recomendações da OMS, que não se justifica a episiotomia sistematicamente. Porém, afirma que o procedimento costuma ser praticado em primíparas, ou seja, faz parte do atendimento de rotina a esse grupo de mulheres.
Indicações para episiotomia	Prevenir o rasgamento.
Graus de lesão perineal	Menciona os diferentes graus, mas não indica que a episiotomia constitui uma lesão de segundo grau.
Resultados perinatais	Não menciona.
Incontinência urinária e fecal e prolapso genital	Afirma que não realizar episiotomia pode ter como consequência a incontinência urinária e fecal e o prolapso genital..
Resultados anatômicos e estéticos	Não menciona.
Perda sanguínea e sutura	Menciona necessidade de sutura, mas não a compara com partos sem episiotomia tampouco aborda perda sanguínea.
Dor no pós-parto	Não menciona.
Infecção e deiscência	Menciona possibilidade de deiscência caso a mulher se esforce em excesso.
Sexualidade	Não menciona.
Partos subsequentes	Não menciona.
Complicações	Menciona deiscência.
Balanco entre benefícios e riscos da episiotomia	Afirma que não realizar a episiotomia pode ter como consequência lesões perineais graves, que por sua vez podem acarretar incontinência.

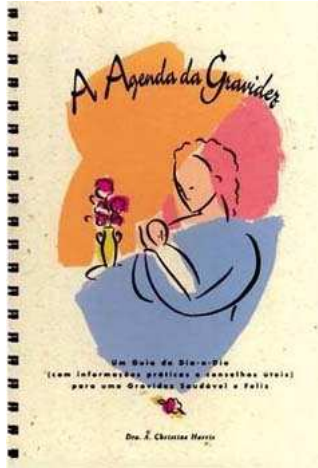
Diante dessas informações, avalia-se que *Gravidez & parto* reproduz a ideologia obstétrica em relação ao nascimento, conforme constatou PINCUS (2001) nos livros para gestantes publicados nos Estados Unidos desde a década de 1970. Assim como nas obras analisadas por PINCUS (2001), DAVILA adota perspectiva medicalizada e expressa a consolidação do poder obstétrico e das tecnologias na área da saúde.

No que se refere ao protagonismo no parto, em *Gravidez & parto* sequer se cogita a possibilidade de a mulher discutir com seu obstetra a realização ou não da

episiotomia. Tal procedimento aparece como inerente ao parto normal, de necessidade indiscutível.

Por não oferecer informações com base nas evidências científicas atuais, a obra não contribui para a alfabetização em saúde da mulher, ao menos no que se refere à episiotomia.

4.1.4. HARRIS



A agenda da gravidez: um guia do dia-a-dia (com informações práticas e conselhos úteis) para uma gravidez saudável e feliz

Dra. A.Christine Harris

Supervisão da edição no Brasil: Dr. Mauro Sancovski

São Paulo: Marco Zero, 2002, 8a. reimpressão 2008

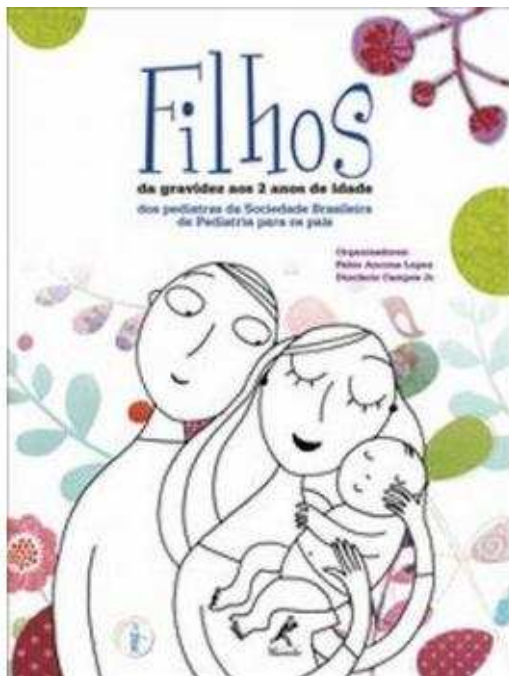
Tradução de Felipe Lindoso

176 páginas

Capa dura, duas cores

Para cada dia da gestação, há informações sobre o desenvolvimento do feto e as transformações no corpo da gestante. Os dias são numerados de 1 (data provável da concepção) até 266 (data provável do parto), com espaços para que a mulher preencha com a data e faça anotações. No Brasil, a data provável do parto é calculada com base na data da última menstruação, ou seja, no 280º dia de gestação. Embora essa diferença seja indicada no início da obra (“Personalizando esta Agenda da Gravidez”), é bem provável que passe despercebida até que a gestação chegue a suas últimas semanas. De todo modo, no início de cada mês lunar, uma página traz orientações sobre o que a gestante deve fazer nos 30 dias subsequentes. Além do desenvolvimento materno-infantil, são abordados esporadicamente tópicos sobre alimentação, bem-estar, parto em outras culturas e em outras épocas e outras curiosidades. Não há qualquer menção à episiotomia, portanto, a análise da obra não foi aprofundada.

4.1.5. SBP



Filhos: da gravidez aos 2 anos de idade – dos pediatras da Sociedade Brasileira de Pediatria para os pais

Fabio Ancona Lopez e Dioclécio Campos Jr. (Organizadores)

Barueri: Manole, 2010.

301 páginas

Capa dura, colorido

Trata-se de uma obra luxuosa e, embora não se classifique como enciclopédia, carrega essa conotação. Na quarta capa, que em geral traz um resumo do que se encontra no livro, entende-se que se trata de um compêndio de informações fundamentais aos pais, “ideal para consultas no dia-a-dia”. Os organizadores são médicos, assim como os demais 34 autores, com exceção de uma psicóloga. Nas páginas XIV e XV a iconografia do livro é explicitada em um guia de “Como usar este livro”. Assim, por toda a obra, há quadros identificados por ícones como “atenção”, “o que você deve fazer” e “o que você não deve fazer”, entre outros. Divide-se em três grandes capítulos: “Prefaciais”, “Recém-nascido (0 a 28 dias)” e “Lactente (29 dias a 2 anos)”, identificados por cores distintas. Interessa ao presente trabalho especialmente o primeiro capítulo, cuja seção “À espera do bebê” traz cerca de 45 páginas a respeito de gravidez, legislação, adoção e teste de paternidade. No prefácio, intitulado “Carta da Sociedade Brasileira de Pediatria para os pais”, afirma-se: “Trata-se de um livro moderno, atual, de fácil manuseio, claro, prático e adequadamente ilustrado, que se destina a responder, com base científica sólida, as questões que surgem no cotidiano dos cuidadores do ser humano no período de vida

marcado por muitas fragilidades e riscos relevantes.” (p. XII). Mais adiante, reforça-se que “podem ser esclarecidas *todas* as dúvidas sobre o acompanhamento obstétrico” (p. XII, grifo nosso).

A episiotomia é mencionada apenas em uma página da obra, que trata especificamente do parto.

Tipos de partos vaginais

Parto normal. É todo parto que ocorre pela vagina e no qual não é utilizado nenhum instrumento cirúrgico (fórcipe ou vácuo-extrator) para ajudar na saída do bebê. Assim, toda vez que a criança nasce espontaneamente, trata-se de um parto normal. Esse tipo de parto admite o uso de anestesia (peridural, raquidiana ou local) e eventual corte na vagina no momento da saída do bebê, chamado episiotomia. (p. XXXVIII)

[No parto natural]

Tudo corre por conta da natureza: o obstetra só acompanha a evolução do parto. Nenhum procedimento é realizado: nem soro, nem anestesia, nem episiotomia. (p. XXXVIII)

A. Identificação da episiotomia

A episiotomia é referida como “episiotomia”, “eventual corte na vagina” e “procedimento”. Todas as referências encontram-se na mesma página, bem próximas entre si, mas no parágrafo sobre parto normal, a episiotomia é nomeada como “corte”. Já no parágrafo relativo ao parto natural, ela constitui um procedimento, da mesma categoria que o soro e a anestesia.

B. Qualificação da episiotomia

A episiotomia é ao mesmo tempo identificada e qualificada como “eventual corte na vagina”, ou seja, define-se por sua frequência de realização (eventual, segundo a obra) e pelo local de incisão, sem detalhamento sobre sua extensão e necessidade de sutura. Dados da realidade brasileira permitem afirmar que a episiotomia não é eventual, ao contrário, pode acontecer na maioria dos partos

(BRASIL e CEBRAP, 2008). Por se tratar de obra de autoria nacional e recente, não há explicação evidente para essa imprecisão. Na obra da SBP, descreve-se o procedimento de modo insuficiente e embora se mencione que a episiotomia é realizada “no momento da saída do bebê”, não há informações sobre sua necessidade ou indicação.

C. Localização-situação da episiotomia

Ao longo do livro não há referências que permitam situar a prática da episiotomia na história da medicina.

D. Qualificação dos benefícios da episiotomia

Não há.

E. Qualificação dos riscos da episiotomia

Não há.

F. Qualificação das alternativas à episiotomia

Não há.

G. Conhecimento autoritativo e protagonismo

Ao mencionar o termo “episiotomia”, o livro da SBP nomeia o procedimento e faz com que ele exista para a leitora. Porém, não se esclarece o que é a episiotomia, seus riscos, seus supostos benefícios e as alternativas disponíveis, conforme o Quadro 9.

Quadro 9: Aspectos sobre episiotomia em SBP.

Aspectos	SBP
Tipo de incisão	Não menciona.
Benefícios da episiotomia	Não menciona.
Política liberal (episiotomia de rotina) <i>versus</i> política restritiva	Identifica episiotomia como “eventual corte na vagina”, mas não problematiza sua eventualidade.
Indicações para episiotomia	Não menciona.
Graus de lesão perineal	Não menciona.
Resultados perinatais	Não menciona.
Incontinência urinária e fecal e prolapso genital	Não menciona.
Resultados anatômicos e estéticos	Não menciona.
Perda sanguínea e sutura	Não menciona.
Dor no pós-parto	Não menciona.
Infecção e deiscência	Não menciona.
Sexualidade	Não menciona.
Partos subsequentes	Não menciona.
Complicações	Não menciona.
Balanco entre benefícios e riscos da episiotomia	Não menciona.

As informações a respeito desse procedimento permanecem de posse do autor – ou do médico –, conforme os demais elementos do livro permitem interpretar.

Na apresentação da obra, afirma-se que ela presta um relevante serviço à sociedade brasileira e que ela esclarece “todas as dúvidas sobre o acompanhamento obstétrico; o preparo para o parto”, entre outros. De acordo com o analisado no presente trabalho, tais afirmações não são verdadeiras no que se refere à episiotomia.

Por todo o livro há destaques à margem com o título “O que você deve fazer”, os quais incitam a leitora a agir de determinados modos. Ao lado da referência à episiotomia, um desses quadros diz: “O que você deve fazer: Conversar francamente com seu obstetra para eliminar medos decorrentes de desinformação. Esse é o melhor caminho para uma decisão conjunta e consciente sobre a melhor maneira para o seu bebê vir ao mundo”.

Para CHARAUDEAU (2009), deve-se considerar que o autor vive em coletividade e assim compartilha as normas da prática social. Ao omitir informações sobre a episiotomia e incitar a leitora a consultar o profissional de saúde para sanar suas dúvidas (e por consequência “eliminar medos”), a obra em tela reforça o

desequilíbrio na relação entre paciente e médico. Este último permanece como autoridade detentora do conhecimento e à mulher cabe procurá-lo e ouvi-lo. As informações fornecidas pelo livro não são suficientes para que ela compreenda o que é a episiotomia, seus riscos e seus supostos benefícios. Desse modo, não é possível que ela questione a realização dessa cirurgia tampouco decida conscientemente sobre sua necessidade.

4.1.6. VITOLO



Nutrição, da gestação ao envelhecimento

Márcia Regina Vitolo

Rio de Janeiro: Rubio, 2008

628 páginas

Capa dura, preto e branco

Trata-se de uma enciclopédia de nutrição, dividida em oito grandes partes mais anexos. A primeira parte fornece um panorama das recomendações nutricionais, ao abordar conceitos e parâmetros das recomendações de ingestão dietética, planejamento de dietas e especificidade dos nutrientes. As partes seguintes compreendem a gestação, o aleitamento materno, a infância, a adolescência, a obesidade, o adulto e o idoso. Por se dirigir a estudantes e profissionais da área de nutrição, o livro não aborda questões relativas à via de nascimento, tampouco a episiotomia. Por esse motivo, sua análise não foi aprofundada.

4.1.7. SHIELDS



Depois do parto, a dor – minha experiência com a depressão pós-parto

Brooke Shields

São Paulo: Prestígio, 2006

Tradução de Frank de Oliveira

205 páginas

Brochura, preto e branco

Nesse livro autobiográfico, a atriz Brooke Shields relata sua experiência desde a preparação para a gravidez, o nascimento de sua filha, a depressão, até a recuperação. Shields revela viver em um ambiente intervencionista desde a concepção, com tratamento para fertilidade, até o nascimento da criança, por cesárea. E, assim, não há na obra qualquer referência à episiotomia. O título em português sugere que ela tenha dado à luz naturalmente e que a dor do parto tenha sido sobrepujada pela depressão pós-parto. Essa informação não se confirma, já que o nascimento se deu por via cirúrgica.

4.1.8. STERMAN e ROZENBERG



Minha gravidez dia a dia: 365 dias de um ano muito especial

Demian Sterman e Mariano Rozenberg

Cotia: Vergara & Ribas, 2009

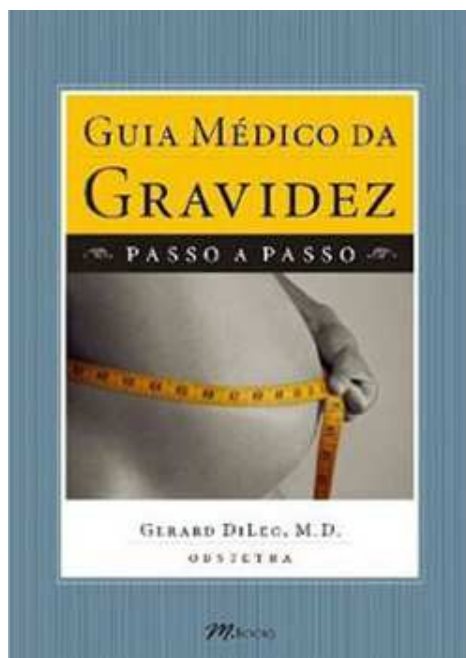
Tradução de Adriana Toledo de Almeida

Páginas não numeradas

Capa dura, colorido, espiral

A obra traduzida do espanhol foi editada originalmente na Argentina. Seus autores são Demian Sterman, jornalista, e Mariano Rozenberg, médico esportivo, ambos naturais de Buenos Aires. Cada dupla de páginas dedica-se a uma semana da gestação e traz informações sobre “a mamãe” e “o bebê”. Há espaço para a gestante anotar o ano no topo da página e colar um adesivo correspondente ao mês. Os dias da semana já estão distribuídos de segunda a domingo, com espaço para registrar o dia do mês e algumas observações. Essa diagramação faz pensar que as semanas de gestação iniciam-se obrigatoriamente na segunda-feira. Além disso, o subtítulo causa estranheza, mas justifica-se pelo fato de a agenda englobar espaço para anotações sobre os três primeiros meses de vida da criança. No início de cada mês há, ainda, pequenas curiosidades sobre o desenvolvimento fetal e o corpo materno. Bem colorida e ilustrada, a obra é acompanhada de adesivos que indicam, por exemplo, ultrassonografias, consultas ao obstetra, desejos, ansiedades, entre outros. Assemelha-se, nesse sentido, a agendas e cadernos direcionados a adolescentes. Não traz conteúdo sobre episiotomia, por isso, sua análise não foi aprofundada.

4.1.9.DILEO



Guia médico da gravidez – passo a passo

Gerard DiLeo

São Paulo: M. Books, 2006

Tradução de Maria Lúcia Rosa

416 páginas

Capa dura, preto e branco

O norte-americano Gerard DiLeo, autor da obra, é médico ginecologista e obstetra e, segundo informações do próprio livro, baseou-se em seus conhecimentos como médico atuante há mais de 20 anos e como pai de quatro filhos para produzir “esta fonte confiável para pais que aguardam a chegada do bebê” (quarta capa). O título em português não é fiel ao original, *The anxious parent’s guide to pregnancy*, que poderia ser traduzido como ‘O guia sobre gravidez para pais ansiosos’. Nas páginas pré-textuais, em “Nota do revisor técnico”, Ênio Edgard Mendaçolli, médico ginecologista e obstetra, responsável pela revisão técnica da edição nacional, ressalta que a obra “contém informações bem detalhadas sobre gestação, parto e praticamente todas as suas intercorrências”. O revisor técnico salienta que “quem deve estar preparado para resolver essas complicações é o médico escolhido” e que “todos os médicos são treinados para realizar o melhor possível para seus pacientes”. A obra divide-se em oito partes, as quais possuem numerosos subcapítulos, em que algumas informações são destacadas em quadros chamados “Fator A” e “Dica rápida”. É de

especial interesse ao presente trabalho a parte 5 “Trabalho de parto e nascimento”, cuja subseção “Parto” traz informações sobre episiotomia.

Essa obra é a que dedica maior espaço e maior volume de texto à episiotomia. É possível inferir que o autor a considera um tema importante na assistência ao parto. As referências ao procedimento concentram-se entre as páginas 238 e 242, reproduzidas integralmente a seguir.

Responderei ao restante de suas perguntas sobre parto agora

O restante do capítulo trata de questões comuns que surgem ao longo do processo de parto.

O que é esse negócio de episiotomia? Quando uma força irresistível encontra um objeto imóvel

A episiotomia tem sido referida como tudo, desde obstetrícia racional à mutilação genital. A maneira mais simples de descrevê-la é como uma incisão realizada pelo médico para evitar uma laceração não muito reta que parece iminente na ocasião do parto. É uma forma não natural, como qualquer cirurgia eletiva. A maioria das mulheres, sem dúvida, prefere não ser cortada por alguma razão. Mas só por não ser natural isso não significa que seja injustificado. É realmente um procedimento útil, juntamente com os outros recursos não naturais usados no trabalho de parto e parto – peridurais, aplicações intravenosas etc. Uma episiotomia envolve fazer uma incisão vertical no tecido localizado entre o assoalho da vagina e o reto, aumentando a circunferência da saída para a cabeça do bebê na hora do parto. É indolor quando feita com peridural, anestésico local ou bloqueio do (nervo) pudendo. Mesmo sem anestésico, a parturiente nem a sente, quando esta é feita na hora em que a cabeça está apontando e a pele está tão esticada que elimina muito da sensação de dor proveniente do corte. Com uma episiotomia, o círculo de tecido que é a saída para o bebê é aumentado e a chance de laceração é menor.

Uma vez que é mais fácil reparar uma incisão cirúrgica que uma laceração traumática, a decisão de fazer uma episiotomia é tomada no último momento, quando parece haver chance de laceração se não for feita episiotomia. Dessa forma, ela deve ser vista como preventiva. Mas ela só previne lacerações

superficiais. Uma episiotomia – um aumento na circunferência apenas da saída vaginal – não evitará lacerações profundas se a força do parto (devida a uma cabeça grande, fórceps ou expulsão impetuosa) exceder a elasticidade dos tecidos da pelve. Algo terá de ceder, e geralmente é a cabeça do bebê que vence.

A elasticidade do tecido é uma coisa surpreendente. Acho que, em circunstâncias ideais, seus tecidos vaginais podem evitar facilmente a episiotomia sem estarem sujeitos a qualquer laceração. Mas somente em circunstâncias ideais.

Esse ideal é fácil de esquecer em toda a excitação do trabalho de parto que atinge seu clímax, quando o índice inerente de expulsão da cabeça de seu bebê ignora qualquer critério de elasticidade, esticando seus tecidos externos rápido demais para que eles alcancem a elasticidade adequada. Mesmo que seu médico controle com a mão, basta um solavanco na manobra de seu bebê para causar uma laceração em seu tecido.

Apesar do que você ouviu no curso de pré-natal e do que você leu em outros livros, seu médico não faria uma episiotomia à toa porque suturar depois é mais um trabalho para ele. Certamente, ele preferirá reparar um corte limpo a um amontoado de camadas de tecidos desalinhas.

Não se irrite. A maioria das vezes em que você pensa em membranas mucosas, está pensando em muco, secreção e todos aqueles tipos de substâncias repugnantes. E, certamente, uma vez que você é uma dama, essas coisas têm tanto a ver com você quanto unicórnios. Mas o muco é uma parte importante de sua vida e de seu corpo, e, se você duvida disso, espere até seu bebê chegar em casa – você não viu nada! A importância do muco e do tecido que o produz é que esse será um tipo de tecido que favorece a recuperação. Tudo cicatriza muito melhor quando há muco à volta, o que provavelmente não seja resultado do muco, mas do tipo de tecido que produz o muco.

Sua vagina é um órgão mucoso, como seu nariz. De fato, se você tivesse de comparar a parede vaginal com tecido nasal em um microscópio, eles pareceriam iguais. É um benefício para sua sobrevivência como espécie que a evolução tenha decidido que o nascimento seja por um tecido mucoso. Este torna mais nascimentos possíveis porque até as lacerações

mais extensas fecham bem, e os níveis se alinham perfeitamente, as bordas também, tudo se reagrupa da maneira como deveria. Afinal, não havia sutura centenas e milhares de anos atrás.

Agora, vamos falar de organização. É claro que você vai sarar, mas, quando os tecidos são auxiliados com a sutura (absorvível, graças a Deus), você tem um bom começo. Além disso, tecidos abertos, embora aguardem o fechamento espontâneo, podem ser expostos à possibilidade de infecção. Isso compensa a vantagem das suturas que seu médico fará se houver uma laceração ou episiotomia. O medo de infecção, no entanto, não é tão grande. Há algo na imunologia da área que parece protegê-la melhor de infecção que qualquer outra região. Todas as membranas mucosas apresentam essa característica, e provavelmente seja por isso que elas cicatrizam tão bem. Você pode cortar o braço e então ir nadar em uma piscina tratada com cloro, e verá pelo menos uma infecção superficial. Se você morde a língua, ela sara bem dentro de sua boca, um dos locais mais sujos de seu corpo. Se houver fezes e sangue nas lacerações da vagina, na maior parte das vezes os piores efeitos são apenas estéticos.

Você pode muito bem perguntar: *O que pode acontecer se a episiotomia não for feita quando necessária?*

Você pode sofrer uma laceração. Mas a única vantagem de uma episiotomia é a prevenção de lacerações superficiais, que são fáceis de fechar e a recuperação não é difícil demais.

Você pode perguntar: *E se for feita uma episiotomia sem necessidade?*

Então você fez episiotomia para nada, mas essa é uma visão retrospectiva, por uma bola de cristal, por isso, nem pense nisso

DICA RÁPIDA

Uma episiotomia é uma incisão feita na borda do assoalho vaginal, aumentando a circunferência da saída para a passagem da cabeça de seu bebê. É feita para evitar lacerações superficiais. Esta não evitará lacerações profundas. Ela pode não ser necessária, mas é mais fácil se recuperar de uma episiotomia limpa do que de uma laceração rota.

Colocando em ordem de facilidade de recuperação:

Nenhuma episiotomia, nenhuma laceração – *é mais fácil que* uma pequena episiotomia, sem lacerações – *é mais fácil que* nenhuma episiotomia, mas com lacerações – *é mais fácil que* grandes lacerações, com ou sem episiotomia.

Você pode muito bem perguntar: *Uma episiotomia pode causar algum problema em meu tecido, deixando-o mais suscetível a lacerações posteriores?*

Talvez, mas é a cabeça de seu bebê que provocará a lesão.

Alguns defendem a não realização de uma episiotomia. Embora essa postura não cause danos profundos, os superficiais podem exigir mais tempo de recuperação. Um jogo aqui, evidentemente, é saber se uma paciente vai sair livre de qualquer reparação cirúrgica. Isso é tentador, mas, sem dúvida, a reparação cirúrgica de uma incisão reta lesa menos e cura mais rápido que um desarranjo de um tecido que se rompeu em várias direções.

Você pode muito bem perguntar: *Qual é a melhor conduta?*

Deixe isso para seu obstetra – é por isso que você escolhe seu médico. Discuta a questão antes, para que vocês tenham um plano em comum bem claro. Mas lembre-se de que seu médico não faz episiotomias se não forem necessárias. Elas

estão incluídas no preço global; por isso, não há incentivo financeiro, e é mais trabalhoso fazer uma reparação que não fazer. Logo, se houver a suspeita de que o bebê nascerá sem provocar um estiramento e um risco excessivos, seu médico ficará satisfeito por não precisar fazer a episiotomia. Se houver chance de trauma, uma episiotomia – a mínima necessária – será usada para o seu benefício.

Sutura absorvível significa que você não precisa remover os pontos. A imunologia singular da área significa que a infecção é rara. Uma vez que essa área cicatriza tão bem, mesmo quando houve laceração, frequentemente é difícil dizer se uma mulher fez episiotomia, pelo exame. O afinamento do assoalho da vagina, se for visto posteriormente, vem da passagem do bebê, e não da decisão de fazer ou não episiotomia.

Deve-se lembrar que o parto é um fenômeno surpreendente da física, pressionando a capacidade do corpo ao máximo. Comparada ao parto, a episiotomia pode ser considerada uma inconveniência ou uma vantagem, dependendo do que poderia acontecer com ou sem ela. Mas é uma segunda consideração quando uma força irritável – o bebê – encontra um objeto imóvel – você.

O que é esse negócio de laceração vaginal?

As lacerações profundas, mesmo as lacerações no seu reto, podem ser reparadas e bem reparadas. Isso faz parte da especialidade dos obstetras. Uma vez que todo o inchaço desapareceu e a cicatrização está boa, raramente nota-se algo na área, diferentemente do que você supunha notar. Você pode andar como cowbói por uns tempos, mas ficará bem. Na verdade, há infecções que prejudicam a reparação, mas essas são extremamente raras, como foi explicado anteriormente.

Ultimamente, têm surgido evidências de que os partos vaginais estiram tanto as camadas musculares em torno do reto e da vagina que esta é a causa de incontinência e de relaxamento pélvico, reparável apenas com cirurgia. Isso costumava ser usado como argumento em defesa da cesárea como “opção da mãe”. Sou oficialmente neutro a isso, mas acho sinceramente que uma mulher tem o direito,

excetuando-se qualquer risco indevido, de escolher como terá seu bebê.

A. Identificação da episiotomia

Numerosos termos são usados para identificar a episiotomia:

- esse negócio de episiotomia;
- uma incisão realizada pelo médico;
- uma forma não natural;
- procedimento útil;
- uma incisão cirúrgica;
- um aumento na circunferência apenas da saída vaginal;
- um corte limpo;
- uma incisão feita na borda do assoalho vaginal.

Predominam termos positivos, que identificam a episiotomia por meio de sua incisão, com destaque para sua precisão (“cirúrgica”), assepsia (“limpa”) e serventia (“útil”).

B. Qualificação da episiotomia

A episiotomia é o primeiro tema abordado na seção de perguntas e respostas a respeito do parto, sob o título “O que é esse negócio de episiotomia? Quando uma força irresistível encontra um objeto imóvel”. A “força irresistível” corresponde ao bebê e o “objeto imóvel”, à mulher, conforme se lê no fim da seção, onde “irresistível” é trocado por “irritável”. Neste caso, supõe-se que a troca se deveu a problemas de tradução, não por opção do autor, embora não se disponha dos originais para confirmar tal suposição. Por meio do referido título, o autor (médico) expressa sua visão sobre o corpo da mulher, ao qualificá-lo como um objeto, que adicionalmente não possui força nem mobilidade.

O primeiro parágrafo da seção inicia-se pela seguinte frase: “A episiotomia tem sido referida como tudo, desde obstetrícia racional à mutilação genital”. Neste último caso, possivelmente trata-se de referência à carta de WAGNER (1999) à revista *The Lancet*, em que denuncia a realização indiscriminada da episiotomia. WAGNER (1999) solicita apoio da publicação no sentido de “combater essa forma

de mutilação genital feminina em sua forma moderna – a episiotomia” (p. 1977). No texto em análise no presente trabalho, não se aborda o sentido de mutilação da episiotomia, tampouco se esclarece por que ela é referida dessa maneira.

A episiotomia é então qualificada do seguinte modo: “A maneira mais simples de descrevê-la é como uma incisão realizada pelo médico para evitar uma laceração não muito reta que parece iminente na ocasião do parto”. Assim, na hierarquia de valores do autor, aparece como primeira característica do procedimento o fato de ser uma incisão e, em segundo lugar, o fato de ser realizada pelo médico. Somente nos trechos subsequentes se esclarece que se trata de um procedimento cirúrgico, bem como sobre o local da incisão e a necessidade de sutura.

Embora conciso, o texto descreve o local da incisão de modo relativamente adequado (KALIS et al., 2012; KETTLE, 2005; GRAHAM e DAVIES, 2005), mas, ao contrário do que a obra propõe, a episiotomia não previne lacerações (CARROLI e MIGNINI, 2012; ROBINSON, 2012; AMORIM e KATZ, 2008; HARTMANN et al., 2005; VISWANATHAN et al., 2005; ENKIN et al., 2005; WAGNER, 1999).

O texto menciona que se trata de um “procedimento útil”, de realização justificável, mas não esclarece quais seriam as demais utilidades da episiotomia, além de supostamente impedir a ocorrência de lacerações, tampouco enumera as justificativas para sua realização.

O autor identifica a episiotomia por termos variados e em seguida a qualifica, repetidas vezes. Apesar de não acrescentar detalhes nem precisões a respeito dessa cirurgia, ao simplesmente reiterar sua definição o autor “fabrica para si uma imagem de *descriptor sábio* (homem de ciência, perito, técnico) [...] e que utiliza esse conhecimento para trazer *a prova da veracidade* de seu relato ou de sua argumentação” (CHARAUDEAU, 2009, p. 139).

C. Localização-situação da episiotomia

Ao longo do livro não há referências que permitam situar a prática da episiotomia na história da medicina.

D. Qualificação dos benefícios da episiotomia

A episiotomia é qualificada como procedimento que evita lacerações “rotas” ou “não muito retas”, informação que é reiterada diversas vezes: “[a episiotomia é] uma incisão realizada pelo médico para evitar uma laceração não muito reta”; “[com a episiotomia] o círculo de tecido que é a saída para o bebê é aumentado e a chance de laceração é menor”. O texto sugere, ainda, que a episiotomia evita apenas lacerações superficiais: “ela deve ser vista como preventiva. Mas ela só previne lacerações superficiais. Uma episiotomia [...] não evitará lacerações profundas se a força do parto (devida a uma cabeça grande, fórceps ou expulsão impetuosa) exceder a elasticidade dos tecidos da pelve”. Tais afirmações não encontram respaldo na literatura científica, uma vez que a episiotomia, apesar de ampliar a passagem para a criança nascer, não evita lacerações (CARROLI e MIGNINI, 2012; ROBINSON, 2012; AMORIM e KATZ, 2008; HARTMANN et al., 2005; VISWANATHAN et al., 2005; ENKIN et al., 2005; WAGNER, 1999)

O texto acrescenta que “a única vantagem de uma episiotomia é a prevenção de lacerações superficiais, que são fáceis de fechar e a recuperação não é difícil demais”. Parece incoerente: essas lacerações superficiais (segundo o próprio texto, fáceis de fechar) simplesmente não deveriam inspirar preocupação.

O esclarecimento dessa incoerência vem mais adiante: “seu médico não faria uma episiotomia à toa porque suturar depois é mais um trabalho para ele. Certamente, ele preferirá reparar um corte limpo a um amontoado de camadas de tecidos desalinhadas”. Assim, segundo o texto, o médico prefere realizar a episiotomia por ser mais cômodo suturar “um corte limpo” a reparar qualquer lesão perineal. Desse modo, se no início da seção o autor defende a episiotomia como procedimento justificável e útil, somente a leitura atenta e aprofundada de todo o conteúdo relativo ao procedimento permite compreender que a justificativa e a utilidade da episiotomia encontram-se na preferência do médico, o que contraria os preceitos da Medicina Baseada em Evidências. Reitera-se que muitas mulheres podem dar à luz e permanecer com o períneo íntegro, ou com lacerações menos graves do que a episiotomia (AMORIM e KATZ, 2008; VISWANATHAN et al., 2005; HARTMANN et al., 2005).

E. Qualificação dos riscos da episiotomia

O único risco da episiotomia qualificado objetivamente é o de infecção, que ainda assim é minimizado em diversos trechos, como em “A imunologia singular da área significa que a infecção é rara”. Além disso, do modo como é exposto, algumas vezes não é possível compreender se o risco se associa à episiotomia ou às possíveis lacerações, como no trecho a seguir:

É claro que você vai sarar, mas, quando os tecidos são auxiliados com a sutura (absorvível, graças a Deus), você tem um bom começo. Além disso, tecidos abertos, embora aguardem o fechamento espontâneo, podem ser expostos à possibilidade de infecção. Isso compensa a vantagem das suturas que seu médico fará se houver uma laceração ou episiotomia. O medo de infecção, no entanto, não é tão grande.

O trecho introduzido pela pergunta “Você pode muito bem perguntar: *Uma episiotomia pode causar algum problema em meu tecido, deixando-o mais suscetível a lacerações posteriores?*” seria privilegiado para mencionar consequências de médio e longo prazo da episiotomia, como dor e maior dificuldade para retomar a vida sexual (AMORIM e KATZ, 2008; DINIZ e CHACHAM, 2006; WAGNER, 1999), porém, tal expectativa não se realiza.

A resposta inicia-se com a frase: “Talvez, mas é a cabeça de seu bebê que provocará a lesão”, de modo que é possível compreender que, independentemente do risco de sofrer futuras lacerações na região da episiotomia, esse risco é atribuído à passagem do bebê pela vagina, não à existência de uma cicatriz de episiotomia. Esse discurso tem grande aderência à realidade brasileira (DINIZ, 2009; DINIZ e CHACHAM, 2006), em que os profissionais de saúde responsabilizam o parto em si por danos que na realidade se devem às intervenções que eles mesmos realizam. “Desta forma, o dano iatrogênico é invisibilizado e redescrito como um dano ‘natural’ do parto, associado ao processo fisiológico e não às intervenções” (DINIZ, 2009, p. 320).

O texto então prossegue e o questionamento sobre a maior exposição a lacerações devido a uma episiotomia prévia permanece sem resposta:

Alguns defendem a não realização de uma episiotomia. Embora essa postura não cause danos profundos, os superficiais podem exigir mais

tempo de recuperação. Um jogo aqui, evidentemente, é saber se uma paciente vai sair livre de qualquer reparação cirúrgica. Isso é tentador, mas, sem dúvida, a reparação cirúrgica de uma incisão reta lesa menos e cura mais rápido que um desarranjo de um tecido que se rompeu em várias direções.

Observa-se que o autor primeiro interpela a leitora (“Você pode muito bem perguntar”) e produz, por meio dessa interferência, um efeito de confiança (CHARAUDEAU, 2009), para emitir sua opinião: “sem dúvida, a reparação cirúrgica de uma incisão reta [episiotomia] lesa menos e cura mais rápido que um desarranjo de um tecido que se rompeu em várias direções”. Assim, de acordo com o texto, a episiotomia implica menos lesão e melhor cicatrização do que qualquer lesão perineal. Tal afirmação não encontra respaldo nas evidências científicas, e deve-se considerar que o períneo pode permanecer íntegro após o parto vaginal (AMORIM e KATZ, 2008; DINIZ e CHACHAM, 2006; HARTMANN et al., 2005, VISWANATHAN et al., 2005; WAGNER, 1999), o que sequer é mencionado no texto.

DILEO ironiza o desconforto que pode ser provocado pela episiotomia, não expõe a possibilidade de resultados anatômicos e estéticos insatisfatórios e mais uma vez minimiza a chance de infecção:

Uma vez que todo o inchaço desapareceu e a cicatrização está boa, raramente nota-se algo na área, diferentemente do que você supunha notar. Você pode andar como cowbói por uns tempos, mas ficará bem. Na verdade, há infecções que prejudicam a reparação, mas essas são extremamente raras, como foi explicado anteriormente.

F. Qualificação das alternativas à episiotomia

O texto coloca a lesão perineal como desfecho possível caso não se realize a episiotomia, embora indique que “em circunstâncias ideais, seus tecidos vaginais podem evitar facilmente uma episiotomia sem estarem sujeitos a qualquer laceração. Mas somente em circunstâncias ideais”.

O texto prossegue e reforça que tais circunstâncias ideais dificilmente ocorrem, supostamente por estarem sujeitas à vontade incontrolável da criança que está por nascer:

Esse ideal é fácil de esquecer em toda a excitação do trabalho de parto que atinge seu clímax, quando o índice inerente de expulsão da cabeça de seu bebê ignora qualquer critério de elasticidade, esticando seus tecidos externos rápido demais para que eles alcancem a elasticidade adequada. Mesmo que seu médico controle com a mão, basta um solavanco na manobra de seu bebê para causar uma laceração em seu tecido.

Nota-se que o sujeito colocado como responsável por evitar tanto a episiotomia como as lacerações é o próprio períneo: “seus tecidos vaginais podem evitar facilmente uma episiotomia”. Isso seria possível mediante *condições ideais* (mas não se esclarece quais seriam essas condições) e com a colaboração do bebê (também sem esclarecer de que modo se daria essa colaboração). O texto menciona a prática de amparar o períneo com as mãos, que tradicionalmente se acreditava proteger de lesões perineais (ENKIN et al., 2005; THAKAR e SULTAN, 2005), e termina por atribuir as lesões “a um solavanco na manobra de seu bebê”. De acordo com o trecho analisado, é possível entender que as características particulares da mulher e da criança determinam a ocorrência de lesões perineais, desfecho que não poderia ser modificado pela prática assistencial. Porém, segundo THAKAR e SULTAN (2005), a modificação de algumas práticas na assistência obstétrica, como a posição da mulher no momento do parto, pode evitar ou minimizar o trauma perineal.

Segundo KENNEDY et al. (2007), no que se refere ao processo de trabalho de parto e parto, em geral, nos livros para gestantes escritos por médicos a normalidade só pode ser reconhecida em retrospecto. Essa tendência também pode ser verificada no texto aqui analisado quanto à episiotomia desnecessária, conforme o seguinte trecho: “Você pode perguntar: *E se for feita uma episiotomia sem necessidade?* Então você fez episiotomia para nada, mas essa é uma visão retrospectiva, por uma bola de cristal, por isso, nem pense nisso”.

G. Conhecimento autoritativo e protagonismo

No *Guia médico da gravidez – passo a passo*, o único benefício da episiotomia qualificado objetivamente constitui a prevenção de lacerações perineais, em especial aquelas superficiais, o que não encontra respaldo na literatura científica (CARROLI e MIGNINI, 2012; ROBINSON, 2012; AMORIM e KATZ, 2008;

HARTMANN et al., 2005; VISWANATHAN et al., 2005; ENKIN et al., 2005; WAGNER, 1999). Ao mesmo tempo, os riscos da episiotomia não são totalmente elucidados e, quando mencionados, aparecem discursivamente minimizados (Quadro 10).

Quadro 10: Aspectos sobre episiotomia em DILEO.

Aspectos	DILEO
Tipo de incisão	Descreve apenas incisão mediana.
Benefícios da episiotomia	Prevenir lesões perineais superficiais.
Política liberal (episiotomia de rotina) <i>versus</i> política restritiva	Não aborda esse aspecto.
Indicações para episiotomia	Prevenir lacerações superficiais.
Graus de lesão perineal	Menciona lacerações superficiais e profundas, mas não indica que a episiotomia constitui uma lesão de segundo grau.
Resultados perinatais	Não menciona.
Incontinência urinária e fecal e prolapso genital	Atribui-as ao parto vaginal, e que poderiam ser usadas como argumento em defesa da cesárea eletiva.
Resultados anatômicos e estéticos	Afirma que os resultados anatômicos e estéticos são plenamente satisfatórios e não menciona possibilidade de resultados insatisfatórios.
Perda sanguínea e sutura	Menciona necessidade de sutura, mas não a compara com partos sem episiotomia tampouco aborda perda sanguínea.
Dor no pós-parto	Não menciona dor, apensar de apontar possibilidade de desconforto.
Infecção e deiscência	Afirma que possibilidade de infecção é rara.
Sexualidade	Não menciona.
Partos subsequentes	Não menciona.
Complicações	Afirma que chance de infecção é rara.
Balanco entre benefícios e riscos da episiotomia	Afirma que não realizar a episiotomia pode ter como consequência lesões superficiais, que exigiriam mais tempo de recuperação.

Nos trechos analisados, chama a atenção a alternância entre qualificações e intervenções do autor. Por exemplo, após qualificar a episiotomia, o texto trata da histologia da vagina, da sutura de lesões, do risco de infecção e da cicatrização. Então, introduz duas questões, interpelando diretamente a leitora, e assim produz um efeito de confiança (CHARAUDEAU, 2009):

Você pode muito bem perguntar: O que pode acontecer se a episiotomia não for feita quando necessária?

Você pode sofrer uma laceração. Mas a única vantagem de uma episiotomia é a prevenção de lacerações superficiais, que são fáceis de fechar e a recuperação não é difícil demais.

Você pode perguntar: *E se for feita uma episiotomia sem necessidade?*

Então você fez episiotomia para nada, mas essa é uma visão retrospectiva, por uma bola de cristal, por isso, nem pense nisso.

Revela-se um jogo que primeiro constrói a imagem do autor-sábio, detentor de conhecimento que a leitora não possui (por meio das qualificações, conforme mencionado), para em seguida permitir que esse mesmo autor-sábio exprima sua opinião: “nem pense nisso”.

Mais adiante, lê-se:

Você pode muito bem perguntar: *Qual é a melhor conduta?*

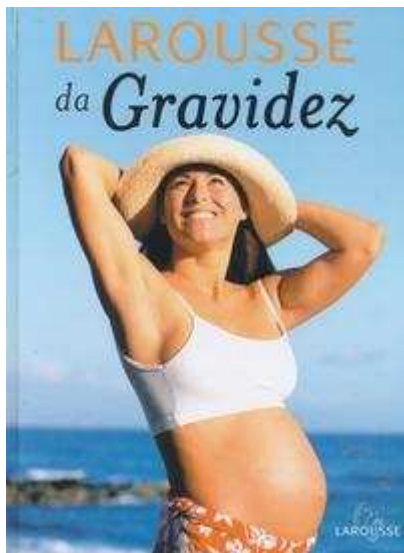
Deixe isso para seu obstetra – é por isso que você escolhe seu médico. Discuta a questão antes, para que vocês tenham um plano em comum bem claro.

Assim, o autor-sábio aconselha a mulher a deixar que o obstetra defina a melhor conduta. O texto salienta que o médico detém o poder de decidir sobre a realização da episiotomia e o faz sem qualquer incentivo financeiro:

Mas lembre-se de que seu médico não faz episiotomias se não forem necessárias. Elas estão incluídas no preço global; por isso, não há incentivo financeiro [...] Se houver chance de trauma, uma episiotomia – a mínima necessária – será usada para o seu benefício.

Evidencia-se, assim, que o *Guia médico da gravidez – passo a passo* não colabora para a alfabetização em saúde da mulher, pois não fornece informações embasadas cientificamente, ao mesmo tempo em que desencoraja seu protagonismo no parto, uma vez que as capacidades de pensar e decidir são totalmente delegadas ao médico.

4.1.10. LAROUSSE



Larousse da gravidez

Prefácio Dr. Luiz Roberto Zitron

Consultoria Dra. Maria da Penha Barbosa e Dra.

Tânia Rodrigues

São Paulo: Larousse do Brasil, 2003

Tradução de Flávio Quintiliano

300 páginas

Capa dura, colorida

Do original em francês *Vous et votre grossesse*, a enciclopédia da Larousse conta com numerosos colaboradores, especialistas das áreas de medicina, nutrição, psicologia e enfermagem obstétrica. As 300 páginas do volume dividem-se em quatro capítulos, “A gravidez”, “O nascimento”, “O bebê até 4 meses” e “Guia médico e guia prático”. São de especial interesse à pesquisa o subcapítulo “A evolução do parto” e os guias do final do livro, que trazem um dicionário de termos médicos e perguntas e respostas sobre gravidez. No prefácio, assinado pelo obstetra, ginecologista e mastólogo Luiz Roberto Zitron, declara-se que “O *Larousse da Gravidez* é uma obra [...] atualizada com informações cientificamente embasadas e que dá ênfase especial ao cuidado com o aspecto psicológico da gestante” (p. 6). Além disso, relata-se que a edição foi adaptada à realidade brasileira, ao considerar o clima do país e sua cultura, nutricional inclusive. “Com a consultoria de uma equipe de ginecologistas, pediatras e obstetras brasileiros, este livro chegou ao padrão ideal para os pais de todo o Brasil” (p. 7). Ao final da obra, nos agradecimentos, os profissionais consultados são relacionados. Diversas fotos coloridas e algumas ilustrações compõem as páginas da enciclopédia, assim como alguns quadros com informações pontuais e outros intitulados “Eu gostaria de saber”, com perguntas e respostas sobre o tema central do capítulo.

Três seções do livro trazem informações sobre a episiotomia. A primeira delas aglutina informações sobre parto, com uma subseção especificamente dedicada à episiotomia, bem como um quadro com as suas supostas consequências. Há, ainda, um trecho intitulado “os direitos da mulher no parto”, em que são expressas algumas das recomendações da OMS para a assistência ao parto normal.

Algumas questões são detalhadas em um apêndice, e a episiotomia consiste em uma delas, assim como o períneo, o pós-parto e a sexualidade antes e depois da gravidez.

Por fim, uma série de perguntas e respostas aborda temas diversos, entre eles a episiotomia.

A episiotomia

É realizada pelo médico para evitar que os músculos do períneo da mãe sejam dilacerados quando a cabeça da criança for sair da vulva. Trata-se de uma pequena incisão no períneo, a fim de evitar um dilaceramento que poderia se prolongar até o ânus. A incisão geralmente é oblíqua (da parte de baixo da vulva em direção a uma das nádegas). Essa intervenção é realizada durante a fase de expulsão, no momento de um “puxo”, e geralmente a paciente está sob efeito da anestesia peridural ou local. Praticada quando o períneo está muito distendido ou muito frágil, ou quando a cabeça da criança é grande demais em relação ao tamanho da vulva, a episiotomia sempre tem de ser feita quando é preciso recorrer ao fórceps ou quando o ritmo cardíaco da criança diminui e é necessário facilitar ou acelerar o nascimento. Essa incisão tem a vantagem secundária de prevenir problemas eventuais de incontinência urinária e na acomodação dos órgãos logo depois do parto. (p. 156-157)

[Sobre o período expulsivo:]

Os músculos nos quais a cabeça do bebê está apoiada se distendem, provoca (sic.) a dilatação e o relaxamento do períneo e da vulva. É nesse momento que a episiotomia pode ser praticada, para aumentar o diâmetro do períneo e evitar um dilaceramento. (p. 156)

[Sobre fórceps:]

A prática da episiotomia é quase sistemática nos nascimentos por fórceps para evitar o dilaceramento do períneo. (p. 157)

Consequências da episiotomia

Os tecidos incisados (vagina, músculo e pele do períneo) são suturados – fala-se em “restauro” da episiotomia – depois do delivramento (isto é, a expulsão da placenta) sob anestesia local, a não ser que você já esteja sob efeito da peridural. Para a vagina e os músculos perineais utilizam-se fios que são reabsorvidos espontaneamente. Às vezes, a pele é costurada com fios não reabsorvíveis, retirados cinco dias mais tarde. Uma boa higiene (limpeza com água e sabonete de glicerina, durante uma semana, logo depois de urinar) permite uma cicatrização segura e rápida. Para que a sutura não receba umidade, você pode secá-la suavemente durante alguns dias com um secador de cabelos (veja à p. 183).” (p. 158, quadro na margem esquerda)

A revisão uterina

[...] No caso de ter ocorrido uma episiotomia, o corte é suturado logo depois do delivramento. (p. 158)

Os direitos da mulher no parto

Segundo a Organização mundial da Saúde (OMS), o objetivo da assistência ao parto é garantir o bem-estar da mãe e de seus filhos, respeitando o direito das mulheres a um atendimento humanizado, no qual haja liberdade, integridade física e acesso às informações sobre todas as etapas da gestação. Valorizam-se condutas como o uso de técnicas não-invasivas para alívio da dor e a presença de um acompanhante na sala de parto.

Se a gestação transcorrer normalmente, a mulher pode optar pelo parto normal, que é o meio mais indicado para o nascimento do bebê, pois seus efeitos colaterais e riscos são menores. Já os procedimentos médicos como a cesariana e episiotomia devem ser usados com precaução, somente quando houver perigo para a vida da gestante e da criança. (p. 158)

[Apêndice]

Episiotomia

A episiotomia é uma intervenção cirúrgica praticada durante o parto, que consiste em seccionar a mucosa da vagina e os músculos superficiais do períneo. Ela permite aumentar o orifício da vulva, facilitando assim a saída do feto e prevenindo o risco de ruptura do períneo.

Trata-se de uma intervenção comum, que permite evitar rupturas graves do períneo e do esfíncter do ânus. Suas indicações mais frequentes são nascimento de um bebê grande e a utilização de fórceps. Também pode ser praticada para facilitar a saída da criança em caso de prematuridade ou de sofrimento fetal que exija um nascimento rápido.

Após o delivramento, as regiões seccionadas são novamente costuradas sob anestesia local ou peridural. Todas as episiotomias posteriores serão praticadas no mesmo local.

A cicatriz da episiotomia pode causar dores durante 2 a 7 dias. Em caso de utilização do fio de sutura não reabsorvível, este deve ser retirado cerca de 5 dias depois da intervenção. Durante a cicatrização, os cuidados locais devem se limitar a uma higiene cuidadosa do períneo, com a precaução de secar bem a região (talvez usando um secador de cabelos). O ideal é que as relações sexuais só sejam retomadas depois da cicatrização completa da episiotomia (30 dias em média), e unicamente quando o desejo retornar. As primeiras relações podem ser doloridas, por isso é indispensável que o desejo esteja presente para evitar uma experiência ruim, que possa atrapalhar a volta do casal a uma vida normal. (p. 242)

[Apêndice]

Extração instrumental ou por fórceps

Durante o parto, o fórceps pode ser usado para facilitar a expulsão do feto. O recurso a uma extração instrumental é determinado pela necessidade de se abreviar o parto, facilitar o nascimento e até mesmo proteger o crânio do feto, sobretudo em partos prematuros. Geralmente, o uso desse instrumento é acompanhado por uma episiotomia. (p. 244)

[Apêndice]

Períneo

É a região do corpo que forma a base da pequena bacia, onde se situam os órgãos genitais externos e o ânus.

Muitas vezes, o períneo sofre uma ruptura durante o parto. Essa ruptura é mais frequente em caso de anomalia morfológica (distância muito curta entre o ânus e o púbis, má qualidade dos tecidos) e de edema (retenção de água nos tecidos). Por isso, em inúmeros casos, realiza-se uma secção cirúrgica do períneo (episiotomia) durante o parto, para evitar a ruptura.

Anatomia do períneo. O orifício do períneo é quase inteiramente fechado pelos músculos e aponevroses, membranas resistentes constituídas de fibras. Na mulher, ele se apresenta (em posição ginecológica) como uma zona triangular com, da frente para trás, a vulva e a margem do ânus, separadas por um ponto cutâneo. Entre a vulva e o ânus encontra-se uma zona fibrosa, que constitui um elemento de sustentação essencial dos órgãos genitais internos. A destruição dessa zona pode provocar o deslocamento de órgãos (prolapso). (p. 263)

[Apêndice]

Pós-parto

[...] A vulva e o períneo só recuperam o tônus anterior de forma progressiva. A volta à normalidade é facilitada pelas sessões de reeducação do períneo, que devem ocorrer entre seis e oito semanas depois do parto. A incontinência urinária depois de algum esforço é frequente no pós-parto, mas quase sempre é passageira. Quando ocorreu uma episiotomia, ela cicatriza completamente depois de 15 a 20 dias. [...]

Na maternidade, o período do pós-parto é acompanhado com cuidado. O obstetra verifica a boa involução (diminuição de volume do útero), o aspecto e abundância dos lóquios (perdas de sangue depois do parto), a cicatrização em caso de episiotomia, e acompanha o aleitamento. (p. 263)

[Apêndice]

Sexualidade durante e depois da gravidez

[...] A pergunta “Quando posso retomar as relações sexuais depois do parto?” só tem uma resposta: quando você sentir desejo novamente. Em caso de episiotomia (secção cirúrgica do períneo durante o parto, para evitar sua ruptura), a cicatrização só se completa depois de 15 dias. Nesse período, as relações sexuais não são aconselháveis para evitar que uma experiência dolorosa deixe a paciente perturbada, com receio de retomar a vida sexual.

Por outro lado, dores residuais depois do parto, sentidas na região da cicatriz, são bastante frequentes. A prática de relações sexuais contribui para seu desaparecimento, e abstinência pode piorá-las. Um tratamento médico adequado (aplicação local de um creme à base de estrógenos) ajuda a ultrapassar esta fase difícil. (p. 271)

[Perguntas e respostas]

39. A episiotomia é obrigatória no parto normal?

Não. A realização da episiotomia depende inúmeros fatores: se já ocorreram partos vaginais anteriores sem episiotomia ou

não assistidos, a proporção entre o feto, a bacia e o canal de parto da mãe, entre outros. Por isso, sua realização dever ser discutida individualmente com cada parturiente. (p. 286)

[Perguntas e respostas]

41. A episiotomia dificulta o sexo depois do resguardo?

Desde que realizada e reparada com precisão, é muito difícil que venha a interferir na vida sexual da mulher. (p. 286)

A. Identificação da episiotomia

No capítulo referente ao parto, utilizam-se os seguintes termos para identificar a episiotomia: “a episiotomia”, “uma pequena incisão no períneo”, “a incisão” e “essa intervenção”. Entre os “direitos da mulher no parto”, a cesariana e a episiotomia são nomeadas como “procedimentos médicos”.

No apêndice, em que alguns assuntos são abordados de modo mais detalhado, utilizam-se os termos “uma intervenção cirúrgica praticada durante o parto”, “uma intervenção comum”, “intervenção”; “secção cirúrgica do períneo” e “secção cirúrgica do períneo durante o parto”.

Nota-se que, no capítulo específico sobre parto, a episiotomia, embora considerada uma intervenção, é tratada predominantemente por seu corte, cuja dimensão seria reduzida (“pequena incisão”). Somente no apêndice, em que se acumulam tópicos como verbetes de uma enciclopédia, identificam-se aspectos cirúrgicos da episiotomia.

B. Qualificação da episiotomia

A primeira referência à episiotomia localiza-se no capítulo referente ao parto. Logo após o título “a episiotomia”, lê-se: “É realizada pelo médico”. Assim, o primeiro modo de qualificar esse procedimento diz respeito a quem o realiza. Em seguida, esclarece-se sobre sua serventia, “para evitar que os músculos do períneo da mãe sejam dilacerados quando a cabeça da criança for sair da vulva”. E só então, em frase distinta, inicia-se a descrição do procedimento propriamente dito, “Trata-se de

uma pequena incisão no períneo”, com a repetição de sua finalidade, “a fim de evitar um dilaceramento que poderia se prolongar até o ânus”. O último trecho minimiza discursivamente a episiotomia, pois se trata de “uma *pequena* incisão”, ao mesmo tempo em que maximiza as consequências de ela não ser realizada (“dilaceramento que poderia se prolongar até o ânus”).

Segundo o *Larousse da gravidez*, a principal característica da episiotomia (e que a individualiza diante de outros eventos no parto) reside no fato de ser praticada pelo médico – ainda que se trate de uma *pequena* incisão.

Nos trechos subsequentes, a episiotomia é qualificada predominantemente como procedimento que amplia o canal de parto, para facilitar ou acelerar o nascimento, por exemplo de prematuros ou de crianças grandes demais, ou ainda em casos de sofrimento fetal. Segundo LAROUSSE, a episiotomia evita lesões no períneo (identificadas como dilaceramento), em especial quando se usa fórceps. Como já mencionado, a episiotomia amplia o canal de parto mas não previne o trauma perineal (CARROLI e MIGNINI, 2012; ROBINSON, 2012; AMORIM e KATZ, 2008; HARTMANN et al., 2005; VISWANATHAN et al., 2005; ENKIN et al., 2005; WAGNER, 1999). Além disso, a episiotomia não é indicada em partos com fórceps, ao contrário, recomenda-se evitar tal combinação, por aumentar lacerações graves de períneo, inclusive com a possibilidade de comprometer a função anal (AMORIM e KATZ, 2008; VISWANATHAN et al., 2005; HARTMANN et al., 2005).

O local em que se realiza a incisão é indicado de modo relativamente adequado (“Trata-se de uma pequena incisão no períneo”). Porém, no apêndice, menciona-se que o períneo pode sofrer de “anomalia morfológica”, definida como “distância muito curta entre o ânus e o púbis, má qualidade dos tecidos”. Segundo a obra, na presença de tal anomalia morfológica e de edema (“retenção de água nos tecidos”), a ruptura seria mais frequente, o que justificaria a episiotomia. A visão de anomalia do corpo feminino, associada à ideia de que seria necessária sua correção por meio de uma intervenção médica, segundo DINIZ (2009), tem relação com a cegueira de gênero, que

leva pesquisadores e profissionais a aceitarem crenças da cultura sexual sobre o corpo feminino, relacionadas a este “sexo socialmente construído”, como sendo explicações científicas e objetivas sobre o corpo e a sexualidade. (p. 318).

Em nenhum momento se menciona que a episiotomia constitui uma lesão de segundo grau (AMORIM e KATZ, 2008; VISWANATHAN et al., 2005; HARTMANN et al., 2005).

A cicatrização da episiotomia é mencionada apenas no apêndice, onde as informações são distribuídas em tópicos no formato de verbetes enciclopédicos. Desse modo, no verbete “episiotomia”, menciona-se que pode haver dores durante 2 a 7 dias e que a cicatrização completa leva 30 dias em média. No verbete “Pós-parto”, afirma-se que a episiotomia cicatriza completamente depois de 15 a 20 dias. Por fim, no verbete “Sexualidade durante e depois da gravidez”, indica-se que a cicatrização só se completa depois de 15 dias. Como se nota, as informações são pouco claras.

C. Localização-situação da episiotomia

Ao longo do livro não há referências que permitam situar a prática da episiotomia na história da medicina.

D. Qualificação dos benefícios da episiotomia

Quase todas as vezes em que a episiotomia é mencionada, afirma-se que ela previne o trauma perineal, o que não corresponde às evidências científicas, conforme já salientado (CARROLI e MIGNINI, 2012; ROBINSON, 2012; AMORIM e KATZ, 2008; HARTMANN et al., 2005; VISWANATHAN et al., 2005; ENKIN et al., 2005; WAGNER, 1999).

A seção que trata especificamente do procedimento finda dizendo que “Essa incisão tem a vantagem secundária de prevenir problemas eventuais de incontinência urinária e na acomodação dos órgãos logo depois do parto.”, o que não encontra respaldo na literatura consultada. Ao contrário, AMORIM e KATZ (2008) realizaram revisão sistemática e concluíram que

a episiotomia não protege contra incontinência urinária ou fecal tampouco contra o prolapso genital, associando-se à redução da força muscular do assoalho pélvico em relação aos casos de lacerações perineais espontâneas. (p. 49).

E. Qualificação dos riscos da episiotomia

A seção intitulada “consequências da episiotomia” não traz os efeitos adversos do procedimento cirúrgico, mas aborda a sutura e os cuidados necessários no pós-parto, aspectos inerentes ao próprio procedimento.

A dor no pós-parto decorrente da episiotomia, especialmente durante as relações sexuais, é abordada de modo contraditório. Indica-se que dores “residuais” na região da cicatriz são bastante frequentes e que “a prática de relações sexuais contribui para seu desaparecimento, e abstinência pode piorá-las”, logo após mencionar-se que nos 15 dias subsequentes ao parto as relações sexuais não são aconselháveis, “para evitar que uma experiência dolorosa deixe a paciente perturbada, com receio de retomar a vida sexual”. Se por um lado deve-se aguardar 15 dias para evitar que a paciente (e não a mulher) fique “perturbada”, por outro lado afirma-se que as relações sexuais devem ser retomadas logo após esse prazo, independentemente da referência de dor e da “perturbação”. Para esse caso, a obra faz ainda a recomendação: “Um tratamento médico adequado (aplicação local de um creme à base de estrógenos) ajuda a ultrapassar esta fase difícil”.

Salienta-se que na seção de perguntas e respostas, encontra-se: “A episiotomia dificulta o sexo depois do resguardo? Desde que realizada e reparada com precisão, é muito difícil que venha a interferir na vida sexual da mulher”. Agregando essa informação às declaradas anteriormente, é possível concluir que a episiotomia não interfere na vida sexual por não se considerar que a dor (sentida pela mulher) impeça as relações sexuais.

DINIZ e CHACHAM (2006) indicam que no Brasil a prática da episiotomia está ligada à sexualidade na medida em que se acredita que “o parto vaginal torna os músculos vaginais flácidos, comprometendo os atrativos sexuais da mulher” (p. 86). Nessa perspectiva, segundo as autoras, a episiotomia se prestaria à reconstrução da vagina e à restituição da mulher ao seu “estado virginal”.

Independentemente da pessoa afetada pela “perturbação” da dispareunia, o livro falha ao definir a dor como residual, uma vez que as evidências mostram que a episiotomia é responsável por maior dor no pós-parto, inclusive nas relações sexuais (AMORIM e KATZ, 2008; WAGNER, 1999, DINIZ e CHACHAM, 2006).

Interessante notar que no verbete sobre reeducação do períneo menciona-se que “algumas situações específicas durante a gravidez e o parto aumentam os riscos de alteração do períneo e exigem uma reeducação intensiva”. Várias “situações específicas” são relacionadas, como malformação do períneo, excesso de peso durante a gravidez, retirada do bebê por meio de fórceps e ruptura do períneo durante o parto. Contudo, a episiotomia não é citada, embora seja ela mesma uma laceração de segundo grau e se associe a menor força muscular do assoalho pélvico em comparação a lacerações espontâneas (AMORIM e KATZ, 2008; VISWANATHAN et al., 2005; HARTMANN et al., 2005).

F. Qualificação das alternativas à episiotomia

Na seção de perguntas e respostas, afirma-se que a episiotomia não é obrigatória no parto normal, mas não há referências sobre como evitá-la ou sobre como proteger o períneo de lesões no parto. Também não se menciona que a episiotomia constitui uma laceração de segundo grau, tampouco que é possível manter o períneo íntegro ou com lesões de menor monta em um parto vaginal sem esse procedimento, conforme expõem AMORIM e KATZ (2008), VISWANATHAN et al. (2005) e HARTMANN et al. (2005).

G. Conhecimento autoritativo e protagonismo

Nos trechos analisados, a episiotomia é descrita de modo relativamente adequado, mas LAROUSSE reforça que esse procedimento cirúrgico protege o períneo da mulher e previne incontinência urinária e prolapso, o que não encontra respaldo nas evidências científicas (CARROLI e MIGNINI, 2012; ROBINSON, 2012; AMORIM e KATZ, 2008; HARTMANN et al., 2005; VISWANATHAN et al., 2005; ENKIN et al., 2005; WAGNER, 1999).

Dispersas pelas páginas do livro, há informações variadas sobre a episiotomia, e algumas delas são contraditórias entre si. Como se encontram em

páginas distintas, em subseções diferentes, é provável que essas contradições não sejam notadas pela leitora.

Quadro 11: Aspectos sobre episiotomia em LAROUSSE.

Aspectos	LAROUSSE
Tipo de incisão	Descreve apenas incisão médio-lateral.
Benefícios da episiotomia	Prevenir lesões perineais graves, prevenir incontinência urinária e problemas na acomodação dos órgãos no pós-parto; em caso de perigo para a vida da gestante e da criança.
Política liberal (episiotomia de rotina) versus política restritiva	<i>Afirma que episiotomia é obrigatória em determinadas situações, mas que sua realização deve ser discutida individualmente, ao mesmo tempo em que afirma que se trata de uma intervenção comum.</i>
Indicações para episiotomia	Parto com fórceps, sofrimento fetal, perigo para a vida da gestante, macrosomia, prematuridade. Aponta que a realização da episiotomia depende de fatores como partos vaginais anteriores sem episiotomia ou não assistidos, proporção entre feto, bacia e canal de parto, entre outros.
Graus de lesão perineal	Não menciona.
Resultados perinatais	Afirma que a episiotomia abrevia o parto, recurso que seria útil em casos de prematuridade e sofrimento fetal.
Incontinência urinária e fecal e prolapso genital	Afirma que episiotomia previne incontinência urinária e problemas na “acomodação dos órgãos” no pós-parto.
Resultados anatômicos e estéticos	Não menciona.
Perda sanguínea e sutura	Menciona necessidade de sutura, mas não a compara com partos sem episiotomia tampouco aborda perda sanguínea.
Dor no pós-parto	Informações conflitantes sobre período em que pode haver dor.
Infecção e deiscência	Não menciona, apenas recomenda cuidados de higiene.
Sexualidade	Afirma que a episiotomia, se realizada e reparada com precisão, dificilmente interfere na vida sexual da mulher, mas traz ainda informações conflitantes sobre dor e retomada da vida sexual.
Partos subsequentes	Apenas menciona que em partos subsequentes a episiotomia será realizada no mesmo local.
Complicações	Informações conflitantes sobre dor no pós-parto, inclusive nas relações sexuais.
Balanco entre benefícios e riscos da episiotomia	Afirma que não realizar a episiotomia pode ter como consequência lesões perineais graves.

A única fonte citada nos textos analisados é a OMS, no quadro relativo aos direitos da mulher no parto. Nesse quadro, menciona-se que a episiotomia constitui um procedimento médico e que deve ser usada com precaução, “somente quando houver perigo para a vida da gestante e da criança”. No documento *Care in normal birth: a practical guide*, o grupo de trabalho sobre maternidade segura da OMS estabelece que deve haver bons motivos para realizar a episiotomia. Esses motivos seriam: sinais de sofrimento fetal, falha no progresso do trabalho de parto e ameaça de lesão de terceiro grau (WHO, 1996, p. 28). Adicionalmente, a episiotomia de rotina é classificada como procedimento frequentemente usado de modo inapropriado. Nota-se, assim, que o *Larousse da gravidez* não reproduz com precisão as recomendações da OMS relacionadas à episiotomia.

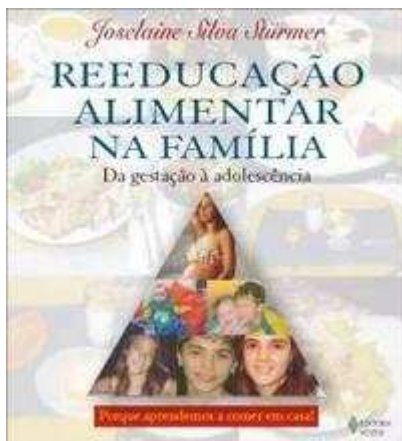
Nas demais referências à episiotomia, o autor é a única fonte possível do conhecimento. Ele procede a diversas identificações e qualificações, o que produz um *efeito de saber*. Conforme CHARAUDEAU (2009), por meio desse procedimento o autor produz para si uma imagem de pessoa sábia, que conhece o tema descrito nos mínimos detalhes, ao contrário do que supõe a respeito do saber da leitora.

Na relação entre a mulher e o profissional de saúde, a mulher é tida como sujeito apenas no quadro em que se citam as recomendações da OMS. Nesse trecho, afirma-se que “se a gestação transcorrer normalmente, a mulher pode optar pelo parto normal, que é o meio mais indicado para o nascimento do bebê, pois seus efeitos colaterais e riscos são menores”. Nota-se que mesmo para *optar* pelo parto normal, a mulher ainda tem de se submeter à condicional de que a gestação transcorra normalmente, embora essa condição de normalidade não seja esclarecida.

Nos demais textos analisados não há indicações de fontes das informações, mas ao final da seção de perguntas e respostas há uma lista de consultores, ordenados segundo instituição de origem (em geral, universidades públicas) e título do profissional, de modo a conferir legitimidade a todas as informações prestadas. Entre esses consultores há, inclusive, um pesquisador brasileiro que já se manifestou contrariamente à episiotomia.

Diante da análise empreendida, pode-se concluir que LAROUSSE não contribui para a alfabetização em saúde da mulher, pois de modo geral não fornece informações corretas do ponto de vista científico e não incentiva a atuação da mulher como protagonista do parto.

4.1.11. STÜRMER



Reeducação alimentar na família: da gestação à adolescência

Joselaine Silva Stürmer

Petrópolis: Vozes, 2004

182 páginas

Brochura, preto e branco

Escrito pela nutricionista Joselaine Silva Stürmer, essa obra procura enfatizar a importância da alimentação saudável em todas as fases da vida. Em 18 capítulos, aborda temas como a pirâmide dos alimentos, a importância da boa nutrição na gestação e na lactação, a reeducação alimentar em diferentes fases da vida e ainda algumas condições específicas, como anemia e anorexia, e as respectivas contribuições que uma alimentação saudável pode dar. Traz informações sobre nutrientes necessários, como obtê-los por meio da alimentação e ainda algumas receitas. No capítulo referente à gravidez, cita alguns dos incômodos comuns durante esse período e como evitá-los ou amenizá-los por meio da alimentação. Recomenda, por exemplo, evitar pão fresco, bolos e doces para reduzir a azia e beber mais líquido para evitar inchaço. Aconselha, ainda, que as mulheres em trabalho de parto não consumam alimentos sólidos ou líquidos, “pois pode ocasionar uma aspiração se aplicada anestesia durante o parto e provocar vômitos” (p. 56). A obra não se estende a respeito do trabalho de parto e parto, de modo que não cita a episiotomia em suas páginas.

4.2. AVALIAÇÃO GERAL DOS LIVROS SOBRE GRAVIDEZ E PARTO

Conforme já mencionado, entre os 11 livros selecionados para análise, apenas quatro mencionam a episiotomia. Trata-se de um primeiro resultado significativo, ao indicar a invisibilidade do procedimento inclusive nos livros sobre o ciclo gravídico-puerperal. Mesmo desconsiderando as quatro obras que não trazem informações sobre parto (por se restringirem aos temas de nutrição e depressão pós-parto ou por apenas conterem ilustrações), nota-se que outros três livros sequer mencionam a episiotomia, apesar de contemplarem outras intervenções como analgesia, uso de ocitocina e cesariana.

Os quatro livros que trazem conteúdo sobre episiotomia, por sua vez, têm em comum o fato de se assemelharem a uma enciclopédia em sua forma física e também em seu modo de organização. Assim, esses livros exibem tamanho, número de páginas e volume de textos em geral maiores que os demais analisados, além de apresentarem também conteúdos na forma de verbetes e de perguntas e respostas.

De modo geral, é preciso ler diversos fragmentos para se obter uma *noção* do que são a episiotomia, seus benefícios e seus riscos. Ainda assim, algumas das informações divulgadas são contraditórias e, de modo geral, vagas ou imprecisas, e muitas não estão de acordo com as evidências científicas, especialmente as relacionadas aos benefícios do procedimento. Os efeitos adversos, quando mencionados, mostram-se discursivamente reduzidos diante do risco representado pela não realização da episiotomia. Do modo como o discurso é organizado nas obras analisadas, o parto vaginal sem episiotomia parece perigoso, pois agregaria riscos imprevisíveis e danos extensos à genitália da mulher.

Embora em alguns de seus trechos os livros possam sugerir que a mulher discuta suas opções ou preferências com o profissional de saúde que a assiste, de modo geral esses livros não incentivam a mulher a tomar decisões. Ao contrário, ao longo das obras analisadas, o “conselho” mais reiterado é o de “perguntar ao médico” sobre qual a melhor conduta a adotar ou, ainda, de não pensar sobre o assunto.

Nenhum dos livros analisados passaria no “teste de confiança” proposto por WAGNER (2008), segundo o qual os livros que aconselham a mulher a perguntar ou ouvir ou confiar no médico não valem a pena serem lidos. BENATTI e MIM (2011) apontam que obras que aconselham a mulher a confiar em si mesma, no seu próprio corpo e nas evidências científicas são raras no país. Os autores indicam cinco livros já editados no Brasil que passariam no “teste de confiança” de WAGNER (2008), mas nenhum deles constou entre as obras mais vendidas nos *sites* consultados para o presente trabalho.

É possível concluir que as informações sobre episiotomia divulgadas pelos livros sobre gravidez e parto analisados não estão totalmente de acordo com as evidências científicas mais recentes. Os livros reforçam ideias e práticas que, segundo DINIZ e CHACHAM (2006), surgiram há mais de meio século e se disseminaram sem que houvesse investigação sobre sua segurança e efetividade.

No que se refere à episiotomia, as obras reproduzem o conhecimento autoritativo, ou seja, ignoram esse procedimento, sem sequer mencioná-lo, ou sobrevalorizam discursivamente seus benefícios, ao mesmo tempo em que minimizam seus riscos e efeitos adversos por meio do discurso. Os livros são ao mesmo tempo imagem e reflexo da realidade, em que os cuidados em saúde materna estão descolados das evidências científicas (VILLAR et al., 2001). Com base em estudos desenvolvidos pela OMS e em outros artigos publicados, VILLAR et al. (2001) identificaram, por exemplo, que muitas intervenções de efeito comprovadamente limitado ainda são muito praticadas tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. Entre essas intervenções, os autores citam a episiotomia, que apontam como procedimento incapaz de prevenir a laceração vaginal, finalidade com a qual seria praticada. Os mesmos autores apontam que, em contraste, muitas intervenções comprovadamente eficazes não são implementadas, ou são de modo limitado. Entre essas intervenções, citam o suporte social no parto, que é raro. VILLAR et al. (2001) também mencionam que a cesárea para trabalho de parto sem progressão não está disponível onde necessária, ao mesmo tempo em que é abusiva em populações de baixo risco.

PINCUS (2001) analisou livros para gestantes publicados nos Estados Unidos e identificou tendências do discurso distintas nessas publicações, de acordo

com o sujeito colocado no centro da experiência do parto: a mulher (parturiente) ou o profissional de saúde (médico, em geral), neste caso como reflexo de uma “ideologia obstétrica”.

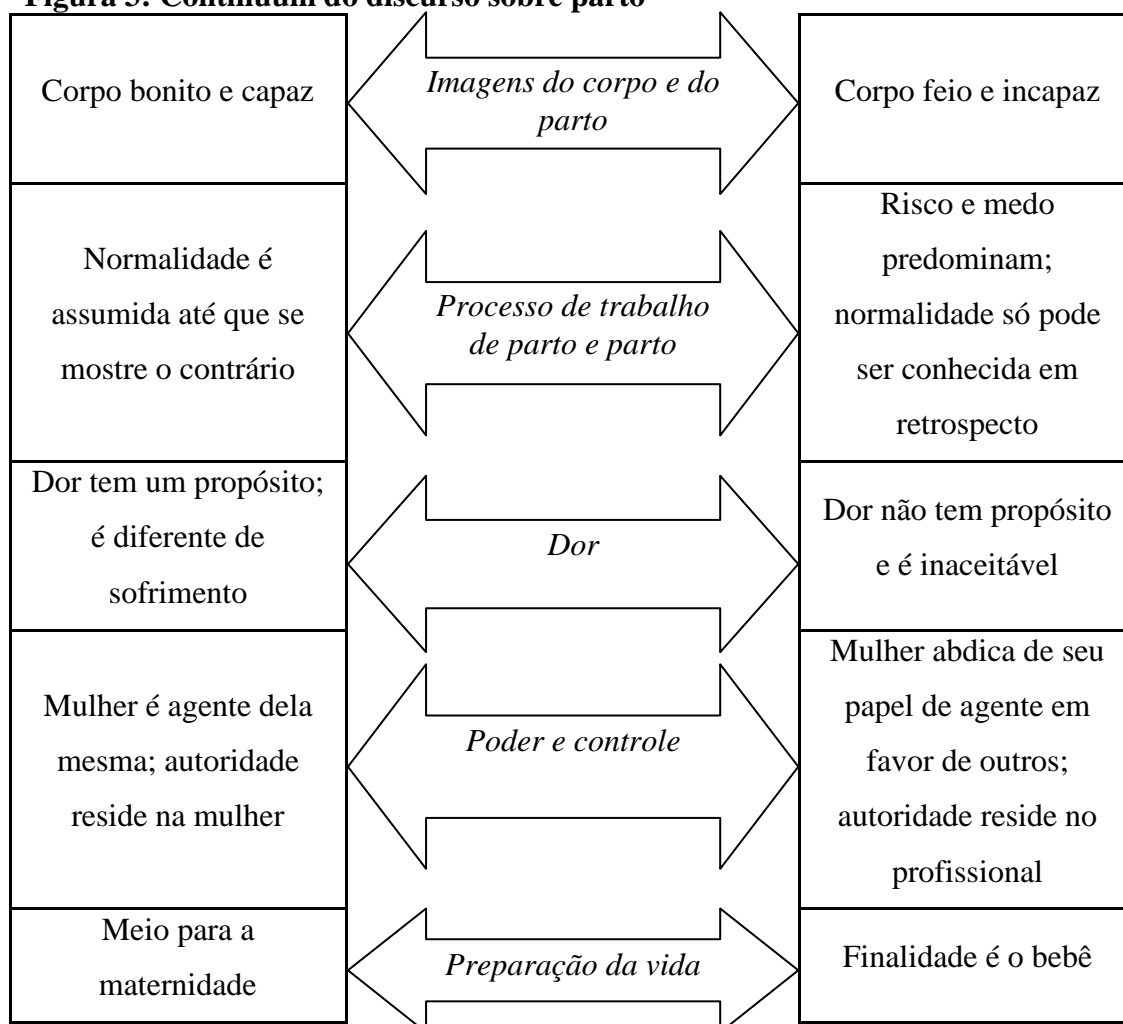
Segundo a autora, as obras publicadas nos Estados Unidos desde a década de 1970 por um lado indicam a expansão de opções para a mulher que vai dar à luz, com a divulgação do trabalho de obstetras e dos centros de parto normal. Por outro lado, esses livros mostram perspectiva cada vez mais medicalizada, como resultado da consolidação do poder obstétrico e das tecnologias na área da saúde.

Poucos livros norte-americanos retratam o parto como uma experiência feminina, com uma mensagem positiva, clara e consistente (PINCUS, 2001). A “ideologia obstétrica” faz-se presente mesmo nos livros que procuram colocar a mulher como protagonista do parto. Isso acontece por diferentes vias, por exemplo, na organização da informação, que permite enxergar a hierarquia de valores definida pelo autor, bem como seu “itinerário instrucional”. Muitas obras oferecem mensagens conflitantes ao exporem as inúmeras possibilidades de um parto vaginal com pouca ou nenhuma intervenção desnecessária e, ao mesmo tempo, os procedimentos comuns no sistema obstétrico vigente (PINCUS, 2001). Assim, a mulher é encorajada a se informar e a valorizar seus próprios desejos e necessidades, para em seguida ser chamada a se enquadrar no sistema de atendimento centrado na ideologia médica, com sobrevalorização de exames, intervenções, drogas e aparelhos, em detrimento do acompanhamento da evolução do parto segundo a fisiologia humana e com base nas evidências científicas disponíveis (PINCUS, 2001).

Nas obras analisadas no presente trabalho, a mulher não é colocada como protagonista do parto, mas como sujeito paciente que deve aguardar as decisões do médico até “a última hora”. Este sim poderá (terá poder para) decidir sobre a realização ou não da episiotomia. Como a mulher sequer fica sabendo que é possível evitar lacerações perineais, que a episiotomia é ela mesma uma laceração de segundo grau e que é possível dar à luz sem sofrer essa cirurgia (e sem que isso implique riscos à saúde e ao bem-estar dela e do feto), ela não dispõe de recursos para opinar ou decidir.

KENNEDY et al. (2009) analisaram os dez livros sobre gravidez e parto mais vendidos no *site* Amazon.com e sistematizaram importantes pontos de articulação com o estudo de PINCUS (2001). KENNEDY et al. determinaram dez áreas do discurso e verificaram como foram exploradas no *corpus*. Entre essas áreas, destacam-se: risco e medo (a linguagem do livro enfatiza riscos e desfechos negativos/medo ou proporciona um senso de que a maioria dos desfechos é positiva e minimiza linguagem assustadora?), apresentação do trabalho de parto e parto (como são descritos em termos de saúde e fisiologia versus evento médico?), intervenções (são apresentadas como individualizadas de acordo com as necessidades da mulher? riscos são totalmente apresentados e os benefícios se baseiam em evidência científica?), entre outros itens (p. 319).

Especificamente em cinco áreas focais do discurso (Figura 3), KENNEDY et al. (2009) verificaram que a tendência variou da mais centrada na mulher (à esquerda) à mais centrada no profissional de saúde (à direita). A autoria influenciou bastante a distribuição dos livros nesse *continuum* do discurso sobre parto, de modo que os localizados na ponta esquerda foram escritos por obstetristas ou doulas. Além disso, chamou a atenção o fato de as evidências científicas serem apresentadas nos livros da amostra de modo irregular e muitas vezes impreciso.

Figura 3: Continuum do discurso sobre parto

Fonte: KENNEDY et al. (2009, p. 321).

Tendo em vista a análise proposta por KENNEDY et al. (2009), o discurso de todas as obras analisadas no presente trabalho tende ao extremo direito da Figura 3, em especial no que se refere à normalidade do trabalho de parto e parto e ao poder e controle.

No presente estudo, nenhuma das obras foi escrita por obstetrix ou enfermeira e três obras que mencionam a episiotomia foram escritas por profissionais de saúde, especificamente médicos. Tanto nos livros como na assistência cotidiana, os profissionais da área de saúde, médicos principalmente, possuem tal notoriedade que seus saberes e dizeres raramente são questionados, independentemente de sua validade científica. CHARAUDEAU (2010) coloca que certas categorias profissionais agregam notoriedade, de modo que os informadores pertencentes a

essas categorias (como sacerdotes, médicos e magistrados) recebem crédito “natural”: “o crédito que se dá a tal pessoa tem a ver com a função que ela ocupa num quadro institucional que a sacraliza” (p. 52).

No caso das obras voltadas para gestantes leigas, a posição do profissional de saúde como autor confere ainda mais força às informações divulgadas. Segundo CHARAUDEAU (2010, p. 63), “informar é possuir um saber que o outro ignora (“saber”), ter a aptidão que permite transmiti-lo a esse outro (“poder dizer”), ser legitimado nessa atividade de transmissão (“poder de dizer”). Assim, o profissional de saúde detém o saber, pode transmiti-lo por meio do livro e detém legitimidade para fazê-lo. No conjunto das obras analisadas, de modo geral há destaque para o autor quando este é médico, por exemplo, por meio do acréscimo de “Dr.” à frente de seu nome, na capa da obra.

Do ponto de vista dos profissionais de saúde, salienta-se que os livros de educação profissional usados no Brasil também estão desatualizados (VILLAR et al., 2001; DINIZ e CHACHAM, 2006) e que a episiotomia de rotina para primíparas ainda é ensinada nos cursos de medicina (DINIZ, 2009). Adicionalmente, VILLAR et al. (2001) apontam que os médicos, depois de formados, tendem a ler cada vez menos, e que não basta distribuir material educativo impresso para modificar positivamente suas práticas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É próprio de uma comunidade social produzir discursos para justificar seus atos, mas não está dito que tais discursos revelam o verdadeiro teor simbólico desses atos: muitas vezes o mascaram (de maneira inconsciente, até mesmo de boa fé), por vezes o pervertem, ou mesmo o revelam em parte. (CHARAUDEAU, 2010, p. 18).

Os livros populares sobre gravidez e parto disponíveis no Brasil de modo geral não abordam a episiotomia e, quando o fazem, fornecem informações contraditórias e não contemplam as evidências científicas mais recentes a respeito desse procedimento. É possível afirmar que o discurso dessas obras replica informações que eram correntes há mais de meio século, quando ainda não havia estudos bem desenhados sobre episiotomia. *Grosso modo*, os livros analisados no presente estudo inspiram-se em recomendações divulgadas primariamente na década de 1920.

A análise de como os benefícios e os riscos da episiotomia são qualificados evidenciou o desequilíbrio de tais informações nos livros para gestantes. Esse desequilíbrio se configura tanto em quantidade de informação quanto em qualidade, pois de uma forma ou de outra os benefícios são discursivamente sobrevalorizados, ao passo que os riscos são minimizados ou mesmo omitidos. No que se refere às indicações, aos benefícios e aos riscos da episiotomia, reitera-se que as informações divulgadas têm pouca aderência às evidências científicas atuais. No plano discursivo, de modo geral, enfatizam tanto os supostos benefícios do procedimento como os supostos riscos a que a mulher estaria exposta caso ele não fosse realizado.

Os livros ora analisados prejudicam a alfabetização em saúde da mulher, ao menos no que se refere à episiotomia. Diante de informações que não condizem com as evidências científicas atuais, que são contraditórias e que não permitem à gestante se reconhecer como protagonista, a mulher-leitora não pode alcançar suficiente grau de proficiência em saúde para tomar decisões pertinentes. Mais grave, diante das

informações divulgadas por esses livros, a mulher provavelmente fará escolhas que não beneficiarão sua própria saúde e bem-estar.

No presente estudo, foi possível notar como os autores-médicos procedem a sucessivas identificações e qualificações de modo a produzir para si a imagem de detentores do conhecimento. Também se verificou que essa imagem é usada como chancela para as informações fornecidas, e que não são citadas outras fontes de informação – ou, quando se cita a Organização Mundial da Saúde, seus postulados não são reproduzidos com fidelidade. Tanto objetivamente como subjetivamente, as obras atribuem ao médico o poder de decidir sobre a realização ou não da episiotomia e, à mulher, cabe apenas se informar para conhecer e aceitar o procedimento a que será submetida.

No contexto brasileiro, tais conclusões têm relevância na medida em que espelham a assistência ao parto nacional e em especial o abuso de episiotomias. Nesse sentido, sugere-se que o primeiro passo para modificar positivamente a assistência no Brasil reside no registro sistemático do procedimento, para que ele se torne visível, ou seja, para que passe a existir como intervenção no parto, uma vez que não existem dados nacionais pois não há registro sistemático no DATASUS, conforme já apontado por outros autores. A instituição de termo de consentimento esclarecido para sua realização também seria desejável. Por meio desse instrumento, a parturiente teria uma chance de ser informada devidamente a respeito da episiotomia e ao profissional de saúde caberia ainda registrar o motivo pelo qual estaria realizando a cirurgia, o que poderia gerar reflexão e debate quanto às práticas atuais.

Por fim, diante de tal produção editorial desalentadora, é gratificante notar que a Internet tem importante papel na disseminação de informações de qualidade. Espera-se que os resultados aqui apresentados possam orientar autores, editores e leitoras para a melhoria da literatura leiga voltada às gestantes, seja ela impressa, seja ela digital.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALPERIN, M.; KROHN, M.A.; PARVIAINEN, K. Episiotomy and increase in the risk in obstetric laceration in a subsequent vaginal delivery. **Obstet Gynecol**, vol. 111, n. 6, June 2008.

ALTHABE, F.; BELIZÁN, J.M.; BERGEL, E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. **BMJ**, London, vol.324, n.7343, 20 apr. 2002, p. 945-946.

AMORIM, M.M.R. de; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**, Rio de Janeiro, vol.36, n.1, Jan. 2008, p. 47-54.

ANDREWS, V.; THAKAR, R.; SULTAN, A.H.; JONES, P.W. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia – a prospective study. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**, Limerick, vol.137, 2008, p. 152-156.

BENATTI, L.; MIM, M. **Parto com amor** – em casa, com parteira, na água, no hospital: histórias de nove mulheres que viveram o parto humanizado. São Paulo: Panda Books, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. **Informações de saúde**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em: 16 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde; CEBRAP. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 2006** – Relatório Final. Brasília, DF: MS/CEBRAP, 2008.

CARROLI, G.; BELIZÁN, J. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database System Rev**. 1999, Issue 3. Art. N.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database System Rev**. In: The Cochrane Library, Issue 7, 2012, Art. No. CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2

CARTHERY-GOULART, M.T.; ANGHINAH, R.; FEGYVERES, R.A.; BAHIA, V.S.; BRUCKI, S.M.D.; DAMIN, A.; FORMIGONI, A.P.; FROTA, N.; GUARIGLIA, C.; JACINTO, A.F.; KATO, E.M.; LIMA, E.P.; MANSUR, L.; MOREIRA, D.; NÓBREGA, A.; PORTO, C.S.; SENAHA, M.L.H.; SILVA, M.M. DA; SMID, J.; SOUZA-TALARICO, J.N.; RADANOVIC, M.; NITRINI, R. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol.43, n.4, 2009, p. 631-638.

CHARAUDEAU, P. **Discurso das mídias**. 2ª ed. São Paulo: Contexto, 2010.

CHARAUDEAU, P. **Linguagem e discurso: modos de organização**. São Paulo: Contexto, 2009.

CARVALHO, C.C.M.; SOUZA, A.S.R.; MORAES FILHO, O.B. Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. **Rev Assoc Med Bras**, vol.56, n.3, 2010, p. 333-339.

DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C.F. (Ed.) **Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives**. Berkeley: University of California Press, 1997.

DECLERCQ, E.R.; SAKALA, C.; CORRY, M.P.; APPLEBAUM, S. **Listening to mothers II: Report of the second national U.S. survey of women's childbearing experiences**. New York: Childbirth Connection, Oct. 2006. Disponível em: <www.childbirthconnection.org/listeningtomothers/>. Acesso em: fev. 2011.

DINIZ, S.G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev Bras Cresc Des Hum**, São Paulo, vol.19, n.2, 2009, p. 313-326.

DINIZ, S.G. **Evidências em saúde: o que são, o que podem ser, e de que tipo de evidências precisamos**. São Paulo, 2010. No prelo.

DINIZ, S.G.; CHACHAM, A.S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. **Questões de Saúde Reprodutiva**, Rio de Janeiro, vol.1, n.1., 2006, p. 80-91.

ENKIN, M.; KEIRSE, M.J.N.C.; NEILSON, J.; CROWHTER, C.; DULEY, L.; HODNETT, E.; HOFMEYR, J. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FAÚNDES, A.; PÁDUA, K.S.; OSIS, M.J.D.CECATTI, J.G.; SOUSA, M.H. Opinião de mulheres e médicos brasileiros sobre a preferência pela via de parto. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol.38, n.4, 2004, p. 488-494.

FIPE. **Produção e vendas do setor editorial brasileiro**. São Paulo: Fipe/CBL/Snel, jul. 2010.

GRAHAM, I.D.; CARROLI, G.; DAVIES, C.; MEDVES, J.M. Episiotomy rates around the world: an update. **Birth**, Berkeley, vol.32, n.3, sep. 2005, p. 219-223.

GRAHAM, I.D.; DAVIES, C. Episiotomy: the unkindest cut that persists. In HENDERSON, Christine; BICK, Debra. (Ed.) **Perineal care: an international issue**. Wiltshire: Quay Books, 2005. p. 58-86.

GUNDERSON-WARNER, S.; MARTINEZ, L.P.; MARTINEZ, I.P.; CAREY, J.C.; KOCHENOUR, N.K.; EMERY, M.G. Critical review of articles regarding pregnancy exposures in popular magazines. **Am J Health Behav**, Star City, vol.27, n.1, 2003, p. 75-83.

HANDFIELD, G.; TURNBULL, S.; BELL, R.J. What do obstetricians think about media influences on their patients? **Aust N Z J Obstet Gynaecol**, Melbourne, vol.46, n.5, Oct. 2006, p. 379-383.

HARTMANN, K.; VISWANATHAN, M.; PALMIERI, R.; GARTLEHNER, G.; THORP JR, J.; LOHR, K.N. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. **JAMA**, Chicago, vol. 293, n. 17, may 4, 2005.

HOTIMSKY, S.N.; RATTNER, D.; VENANCIO, S.I.; BÓGUS, C.M.; MIRANDA, M.M. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.18, n.5, out. 2002, p. 1303-1311.

IBGE. **Censo 2010: país tem declínio de fecundidade e migração e aumentos na escolarização, ocupação e posse de bens duráveis**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2018&id_pagina=1>. Acesso em: maio 2012.

JORDAN, B. Authoritative knowledge and its construction. In: DAVIS-FLOYD, R.; SARGENT, C.F. (Ed.) **Childbirth and authoritative knowledge: cross-cultural perspectives**. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press, 1997.

KETTLE, Christine. Anatomy of the pelvic floor. In HENDERSON, Christine; BICK, Debra. (Ed.) **Perineal care: an international issue**. Wiltshire: Quay Books, 2005. p. 18-31.

KENNEDY, H.P.; NARDINI, K.; MCLEOD-WALDO, R.; ENNIS, L. Top-selling childbirth advice books: a discourse analysis. **Birth**, Berkeley, vol.36, n.4, 2009, p. 318-324.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M.H.P.; GOTLIEB, S.L.D. A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, vol.7, n.4, 2004, p. 449-460.

LINO, H. O bem-estar no parto sob o ponto de vista das pacientes e profissionais na assistência obstétrica. Dissertação (mestrado em Saúde Pública). São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2010.

MATTAR, R.; AQUINO, M.M.A.; MESQUITA, M.R.S. A prática da episiotomia no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, vol.29, n.1, 2007, p. 1-2.

KALIS, V.; LAINE, K.; DE LEEW, J.W.; ISMAIL, K.M.; TINCELLO, D.G. Classification of episiotomy: towards a standardisation of terminology. **BJOG**, Oxford, vol.119, n.5, 2012, p. 522-526.

KUTNER, M.; GREENBERG, E.; JIN, Y.; PAULSEN, C. **The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006-483)**. U.S.Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics, 2006. Disponível em: < <http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2006483>>. Acesso em: abr. 2011.

NUTBEAM, D. Health promotion glossary. **Health Prom Int**, Oxford, vol.13, n.4, 1998, p. 349-364.

O'CONNELL, H.E.; SANJEEVAN, K.V.; HUTSON, J.M. Anatomy of the clitoris. **J Urol**, Philadelphia, vol.174(4 Pt 1), Oct. 2005, p. 1.189-1.195.

O'CONNELL, HE; HUTSON, J.M.; ANDERSON, C.R.; PLENTER, R.J. anatomical relationship between urethra and clitoris. **J Urol**, Philadelphia, vol. 159, n. 6, 1998, p. 1892-1897.

OYELESE, Y.; ANANTH, C. Postpartum hemorrhage: epidemiology, risk factors, and causes. **Clin Obstet Gynec**, Philadelphia, vol.53, n.1, mar. 2010, p. 147-156.

PINCUS, J. Childbirth advice literature as it relates to two childbearing ideologies. **Birth**, Berkeley, vol.27, n.3, sep. 2000, p. 209-213.

RENKERT, S.; NUTBEAM, D. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. **Health Prom Int**, Oxford, v. 16, n. 4, 2001, p. 381-388.

RIPSA. **Indicadores e dados básicos — Brasil 2008**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/matriz.htm>>. Consulta em jun. 2010.

ROBINSON, J.N. Approach to episiotomy. Release: 20.6 - C20.11. **Up to Date**. Support Tag: [ecapp1102p.utd.com-200.144.93.190-551BA777FD-2556.14] Disponível em: < <http://www.uptodate.com/contents/approach-to-episiotomy?view=print>>. Acesso em: 7 jul. 2012.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. Methods and materials used in perineal repair. **Guideline n. 23**, London, RCOG Press, 2004.

SCHANNON, H. **Théorie mathématique de la communication**. Paris: CEPL, 1975.

SCOTT, J. R. Episiotomy and vaginal trauma. **Obstet Gynecol Clin N Am**, Philadelphia, vol. 32, 2005, p. 307-321. DOI: 10.1016/j.ogc.2004.12.001.

SHIEH, C.; HALSTEAD, J.A. Understanding the impact of health literacy on women's health. **JOGNN**, Malden, vol. 38, 2009, p. 601-612. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2009.01059.x

TORLONI, M.R.; DAHER, S.; BETRÁN, A.P.; WIDMER, M.; MONTILLA, P.; SOUZA, J.P.; MERIALDI, M. Portrayal of caesarean section in Brazilian women's magazines: 20 year review. **BMJ**, London, vol. 342, n.d276, 2011. DOI: 10.1136/bmj.d276.

VILLAR, J.; CARROLI, G.; GÜLMEZOGLU, A.M. The gap between evidence and practice in maternal healthcare. **Int J Gynec Obstet**, Philadelphia, vol.75, 2001, p. S47-S54.

VISWANATHAN, M.; HARTMANN, K.; PALMIERI, R.; LUX, L.; SWINSON, T.; LOHR, K.N.; GARTLEHNER, G.; THORP, J. Jr. The Use of Episiotomy in Obstetrical Care: A Systematic Review. Summary, Evidence Report/Technology Assessment No. 112. (Prepared by the RTI-UNC Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0016.) **AHRQ Publication**, No. 05-E009-1, Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, May 2005.

WAGNER, M. **Born in the USA** – How a broken maternity system must be fixed to put women and children first. Berkely: University of California Press, 2008.

WAGNER, M. Episiotomy: a form of genital mutilation. **Lancet**, Philadelphia, vol.353, June 5, 1999, p. 1977-1978.

WHO. Appropriate technology for birth. **Lancet**, Philadelphia, vol.2, n.8452, Aug. 24 1985, p. 436-347.

YAZLLE, M.E.H.D.; ROCHA, J.S.Y.; MENDES, M.C.; PATTA, M.C.; MARCOLIN, A.C.; AZEVEDO, G.D. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, vol.35, n.2, 2001, p.202-206.

7. CURRÍCULO LATTES

Denise Yoshie Niy

Possui graduação em Comunicação Social com Habilitação em Editoração pela Escola de Comunicações e Artes da USP (1999). Atualmente é redator pleno da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Tem experiência na área de Comunicação. **(Texto informado pelo autor)**

Última atualização do currículo em 13/09/2011

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/1205274481369059>

Angela Maria Belloni Cuenca

Docente do Departamento de Saúde Materno-Infantil da FSP/USP é orientadora na pós-graduação, em nível de mestrado e doutorado, na área de concentração Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade, e é responsável pela disciplina Metodologia da Divulgação do Artigo Científico. Ainda Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, coordena, como suplente, o projeto de cooperação acadêmica entre este programa e o Programa de Doutorado em Saúde Pública da Universidade Federal do Acre (Edital CAPES 2011). Na graduação ministra disciplinas de Acesso e Uso da Informação Bibliográfica. Coordena o grupo de pesquisa em Comunicação Científica em Saúde Pública, desenvolvendo pesquisas que abrangem análise de revistas científicas, bibliometria, acesso e uso da informação científica, gestão de bibliotecas acadêmicas, internet em comunidades acadêmicas, bibliotecas virtuais, programas educativos para competência em informação de usuários de bibliotecas acadêmicas e buscas bibliográficas. Diretora da Biblioteca/CIR:Centro de Informação e Referência da Faculdade de Saúde Pública da USP desde 2003. Coordena os projetos de responsabilidade da Biblioteca da FSP na Biblioteca Virtual em Saúde Pública (BIREME) e na Biblioteca Virtual em Saúde Reprodutiva (IBICT). Graduada em Biblioteconomia pela Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo (1977), possui Mestrado (1998) e Doutorado (2004) em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. **(Texto informado pelo autor)**

Última atualização do currículo em 16/12/2011

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/9289612477584785>