



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
CAMPUS SOBRAL  
CURSO DE PSICOLOGIA**

**ALAN DOS SANTOS MESQUITA**

**O CORTE SILENCIOSO: EPISIOTOMIA COMO PRÁTICA MÉDICA DE  
CONTROLE DOS CORPOS DURANTE O PARTO**

**SOBRAL  
2017**

ALAN DOS SANTOS MESQUITA

O CORTE SILENCIOSO: EPISIOTOMIA COMO PRÁTICA MÉDICA DE CONTROLE  
DOS CORPOS DURANTE O PARTO.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao  
Curso de Psicologia da Universidade Federal do  
Ceará – Campus Sobral, como requisito parcial  
para obtenção do título de Bacharel em  
Psicologia.

Orientador(a): Prof. Dr<sup>a</sup> Camilla Araújo Lopes  
Vieira.

SOBRAL  
2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

M543c Mesquita, Alan dos Santos.

O CORTE SILENCIOSO : EPISIOTOMIA COMO PRÁTICA MÉDICA DE CONTROLE DOS  
CORPOS DURANTE O PARTO / Alan dos Santos Mesquita. – 2017.

23 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral,  
Curso de Psicologia, Sobral, 2017.

Orientação: Profa. Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira. .

1. Episiotomia. 2. Parto. 3. Medicalização do corpo feminino. 4. Psicologia. I. Título.

CDD 150

---

O CORTE SILENCIOSO: EPISIOTOMIA COMO PRÁTICA MÉDICA DE CONTROLE  
DOS CORPOS DURANTE O PARTO.

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao  
Curso de Psicologia da Universidade Federal do  
Ceará – Campus Sobral, como requisito parcial  
para obtenção do título de Bacharel em  
Psicologia.

Orientador(a): Prof. Dr<sup>a</sup> Camilla Araújo Lopes  
Vieira.

Aprovada em 14/12/2017

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Camilla Araújo Lopes Vieira (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof.<sup>a</sup> Esp.<sup>a</sup> Samara Vasconcelos Alves  
Faculdade Luciano Feijão

---

Mestranda Ana Ramyres Andrade de Araújo  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus familiares, por todo o apoio que me permitiram chegar nessa jornada.

À minha tia, Prof<sup>ª</sup> Ms<sup>a</sup> Elisalene Alves, com quem pude contar em todo o processo de formação, sendo um exemplo de pessoa e profissional.

À minha orientadora, Prof. Dr<sup>a</sup>. Camilla Araújo Lopes Vieira, por todas as horas de supervisão, de diálogo e conhecimento compartilhado, não só no período de orientação dessa pesquisa como em todo o percurso da graduação em Psicologia.

À Prof. Ana Ramyres, por todo o conhecimento repassado nas monitorias e grupo de estudos ao longo da graduação, e que aceitou com tanto carinho participar dessa banca.

À Prof. Samara Alves, pelas contribuições e solicitude em participar dessa discussão.

Ao Júlio Cesar, amigo que pode contribuir com seus conhecimentos para finalizar esse trabalho.

À Glenda Vasconcelos, amiga que dividiu comigo os melhores momentos de lazer e crescimento acadêmico desde o início da graduação, e que nos momentos mais difíceis foi fundamental para dar o apoio necessário para continuar essa pesquisa.

À Camila Torres, com quem pude vivenciar os melhores momentos dessa jornada, uma pessoa que se tornou infinita em seus breves dias, sou grato por todas as conversas e momentos compartilhados, onde o amor se fez e se fará sempre presente.

E a todos os amigos, que puderam trazer leveza à rotina tão árdua.

## SUMÁRIO

RESUMO.....	07
APRESENTAÇÃO.....	08
INTRODUÇÃO.....	08
ASPECTOS HISTÓRICOS.....	11
CORPO E PSICANÁLISE.....	12
DISCUSSÃO.....	14
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERÊNCIAS.....	22

## **RESUMO**

O presente estudo tem como objetivo analisar a preservação da prática rotineira da episiotomia nos dias atuais, para isso iremos analisar os discursos trazidos pelo Ministério da saúde, a exemplo do Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento, bem como documentos elaborados pela OMS que versam sobre a iatrogenia da episiotomia, que chega a ser realizada em cerca de 90% das parturiente, número bem destoante do que a literatura da Medicina Baseada em evidência traz como seguro (10%) . Analisamos os processos históricos que construíram essa técnica e o modo como essa prática, assim como protocolos institucionais, se perpetuam no cenário obstétrico atual e demarcam um lugar de saber sobre o corpo da gestante. Tais práticas limitam a autonomia da mulher, trazendo prejuízos à sua vida nos âmbitos físicos, emocionais e sexuais. Diante das informações colhidas, foi possível perceber certa inércia em realizar pesquisas que mostrem alternativas a pratica da episiotomia, sendo necessário dar início a novos estudos que possam mudar a realidade, objetivando que as mulheres possam ter acesso as corretas informações, promovendo autonomia para que possam retomar o lugar de protagonismo de seu próprio corpo.

Palavras-chave: Episiotomia; Parto; Medicalização do corpo feminino; Psicologia.

## **ABSTRACT**

The present study aims to analyze the preservation of the routine practice of episiotomy in the present Day, for this we will analyze the speeches brought by the Ministry of Health, like the Humanization Program in Prenatal and Birth, as well as documents elaborated by the World Health Organization (WHO) that deal with the iatrogeny of the episiotomy, which happens to be carried out in about 90% of the parturient, number well divergent than the evidence-based Medicine literature shows as safe (10%). We analyze the historical processes that constructed this technique and the way in which this practice, as well as institutional protocols, are perpetuated in the current obstetric scenario and demarcate a place of knowledge about the pregnant woman's body. Such practices limit the autonomy of women, bringing their life losses in the physical, emotional and sexual spheres. Given the information collected, it was possible to perceive a certain inertia in performing research that shows alternatives to the practice of episiotomy, being necessary to start new studies that can change the reality, aiming that the women can have access to the correct information, promoting autonomy so that they can return to the place of protagonism of their own body.

Keywords: Episiotomy; Childbirth; Medicalization of the female body.

## **APRESENTAÇÃO**

O interesse em estudar o assunto se inicia em uma época anterior, através de visitas de campos proporcionadas pelas disciplinas da área de Saúde Pública, foi possível ouvir os discursos dos profissionais que sempre se referenciavam à humanização do parto. Foi possível conhecer a teoria das políticas de humanização, mas também ouvimos o relato de mulheres que traziam uma experiência diferente daquilo que nos era repassado pelos profissionais. Esse discurso de humanização que divergia dos relatos das mulheres foi o que nos motivou a se perguntar sobre os impasses que cristalizam a prática assistencial às mulheres no período gestacional, que ocorrem mesmo com políticas e programas que visam a melhoria da atenção.

O presente estudo se inicia trazendo o cenário atual das políticas relacionadas ao parto e ao modo como a OMS (Organização Mundial da saúde) trata o assunto da episiotomia e as reverberações no cotidiano hospitalar. A partir da análise dos aspectos históricos, podemos construir as mudanças ocorridas na cena do parto, principalmente, no que concerne ao lugar da mulher que deixa de ser autora, seja como parturiente ou como parteira, e é substituída através de um cenário esterilizado, cirúrgico e comandado por obstetras. Investigamos como tal mudança provoca uma demarcação do saber sobre o corpo da mulher na condição de objeto. A partir disso, foi feita a pergunta sobre que corpo é esse. Para participar da discussão, convocamos a Psicanálise através de autores como Nasio (2009) e Quinet (2006). O estudo continua ao analisarmos a forma como os procedimentos e normas são construídos no cenário obstétrico. Discutimos também a formação dos profissionais que vão atuar diante dessa realidade que muitas vezes limitam a autonomia da mulher, trazendo prejuízos no que concerne a sua vida nos âmbitos físicos, emocionais e sexuais. Por fim, podemos pensar nas alternativas que podem dar continuidade aos estudos para que haja uma mudança no cenário trazido ao longo da discussão. Perguntamo-nos, então, “Por que a mulher continua sendo cortada através da episiotomia mesmo com todos os estudos que justificam os malefícios de tal prática no cotidiano hospitalar?”

## **INTRODUÇÃO**

Nos últimos tempos, vêm sendo discutidos, de forma mais ampla, os processos ocorridos em todo o ciclo gravídico-puerperal. Diante disso, foi elaborado pelo Ministério da saúde o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento, através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000. Tal ferramenta foi construída a partir de recomendações e estudos propostos

pela OMS, considerando a Medicina baseada em evidências, “O objetivo primordial do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania” (BRASIL, 2000). A partir dos estudos da OMS, foi possível categorizar as práticas de assistência ao parto natural, dividindo-as em: “práticas prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; práticas com evidência insuficiente para apoiar uma recomendação e que deveriam ser usadas com precaução; práticas frequentemente utilizadas de forma inapropriada, provocando mais dano que benefício” (OMS, 1996). Estudos recentes (MANZINI *et. al* 2009; ENDERLE *et al.*, 2012) comprovam práticas presentes no cotidiano assistencial que destoam do que é proposto como benéfico no PHPN, o que coloca em cena as discussões apontadas pelos estudos da OMS e o modo como essas práticas ainda se perpetuam nos diferentes âmbitos da saúde. Ao trabalharmos com o conceito de Medicina Baseada em Evidências, estamos falando pela “prática da medicina em um contexto em que a experiência clínica é integrada com a capacidade de analisar criticamente e aplicar de forma racional a informação científica de forma a melhorar a qualidade da assistência médica” (LOPES, 2000, p. 285)

No momento do parto, a mulher passa a ser vista como mais uma parturiente que vai passar pelo Centro obstétrico, assim ela está sujeita as normas e protocolos institucionalizados vigentes naquela Unidade. É comum, dentre esses protocolos, a prática de realizar tricotomia<sup>1</sup>, enemas<sup>2</sup>, uso de hormônios para acelerar o processo, preparo de colocar a mulher na posição litotômica (ginecológica). ENDERLE *et al.* (2012) nos informa que em 99% dos partos naturais a posição litotômica é empregada no momento do parto. Tal fato abre margem para discutirmos sobre a instrumentalização médica no corpo da mulher que determina, inclusive, a posição que essa deve permanecer ao longo do processo do parto. A atitude de colocar a mulher em posição litotômica, por questões anatomofisiológicas, dificulta a passagem do bebê no momento do parto: “na posição deitada, a mesa empurra as nádegas, juntamente com o cóccix, para cima, estreitando o canal (...) o canal do parto é uma curva dirigida para cima, fazendo com que os esforços expulsivos sejam maiores” (RIFFEL, 1997, p.118 ). Dessa forma, a equipe busca meios de neutralizar os danos da posição litotômica, “facilitando” a passagem do bebê utilizando-se de ferramentas e/ou técnicas obstétricas oferecidas pela medicina contemporânea. Tal procedimento ocorre mesmo com

---

<sup>1</sup> Retirada dos pelos da região perineal;

<sup>2</sup> Limpeza Intestinal

recomendações da OMS que falam sobre a autonomia da mulher em relação à posição que elas devem escolher durante o momento do parto:

A OMS recomenda que as parturientes sejam estimuladas a adotar posições não supinas, durante o trabalho de parto e parto, pois estas estão associadas à redução do tempo do segundo período do parto, a redução da necessidade de partos assistidos, de episiotomias, e da sensação dolorosa na fase expulsiva e das alterações da frequência cardíaca fetal. (ENDERLE *et al.*, 2012, p. 392)

Uma dessas técnicas mais utilizadas pela medicina contemporânea é a episiotomia. Rezende (2005) traz a definição de Episiotomia como uma incisão cirúrgica na região da vulva, com indicação obstétrica para impedir ou diminuir o trauma dos tecidos do canal do parto, favorecer a liberação do concepto e evitar lesões desnecessárias do pólo cefálico submetido à pressão sofrida de encontro ao períneo. Sobre a importância do procedimento da episiotomia, Oliveira e Miquilini (2005, p. 289) ressaltam: “A justificativa habitual para o uso da episiotomia inclui a prevenção do trauma perineal severo, de danos do assoalho pélvico, de prolapso e de incontinência urinária”. O questionamento que lançamos recai sobre o uso indiscriminado que é feito da episiotomia. Para além dos aspectos clínicos, há uma gama de discussões sócio-culturais atrelada a um procedimento que deveria ser realizado com critérios claros e precisos que justifiquem sua real necessidade.

O que nos chega como problematização são os números alarmantes de procedimentos realizados ainda hoje de uma técnica que a OMS (2000) já classificou há algum tempo como “prática frequentemente usada de modo inadequado”. Esses estudos da OMS foram difundidos pela literatura científica, mas cerca de 17 anos depois ainda se vê um número muito destoante do que é indicado como seguro. “Essa prática é considerada prejudicial e ineficaz, sendo indicada somente em 10% a 15% dos casos, pois sendo um procedimento cirúrgico, envolve riscos e pode trazer inúmeras complicações para a recuperação do pós-parto.” (ENDERLE *et al.*, 2012). Percebemos que o uso rotineiro e liberal do corte acaba elevando o percentual de procedimentos realizados. Mesmo com estudos e indicações para o uso restrito e cauteloso que se deve ter com tal procedimento, vemos estudos trazendo um número muito maior do que o recomendado: “Atualmente, dependendo do local, cerca de 90% das primigestas<sup>3</sup> são cortadas.” (SÃO BENTO e SANTOS, 2006; ENDERLE *et al.*, 2012; RIFFEL, 1997).

Tomasso *et al.* (2002) nos informam que, apesar dos extensos estudos sistemáticos clínicos e revisões bibliográficas, a taxa de episiotomia continua elevada, principalmente, na América latina, onde há um custo elevado nos gastos de investimentos em

---

<sup>3</sup> Mulher que teve sua primeira gravidez.

Saúde Pública para tal prática. Considerando que são realizadas 11,5 milhões de partos anuais nesse continente, o procedimento de episiotomia acarreta um custo anual aproximado de 134 milhões de dólares.

## ASPECTOS HISTÓRICOS SOBRE A EPISIOTOMIA

A forma com que vem sendo feitos os partos muda ao longo da história. Analisando a cena do parto, podemos esquadrihar os detalhes presentes em diferentes momentos históricos. É possível, dessa forma, percebermos os personagens que ali estavam e que hoje não fazem parte das cenas bem como os instrumentos que surgiram, se aperfeiçoaram ou desapareceram e, principalmente, o modo como o lugar e o papel da mulher na cena vem se transformando .

Prieto e Moura (2015) trazem o contexto histórico dos primeiros procedimentos da episiotomia e a consolidação dessa prática no contexto da medicina contemporânea. O primeiro relato sobre este corte data de 1742 (século XVIII) e foi criado por Felding Ould. Este defendia que a incisão só deveria ser aplicada, quando necessário, em partos difíceis, como intervenção utilizada para auxiliar o momento do parto (TOMASSO *et al.*, 2002). Até o século XX, o procedimento foi realizado de forma criteriosa. Esse quadro mudou após autores como Pomeroy (1918) e Joseph DeLee (1920) trazerem a ideia de realizar a episiotomia como procedimento de rotina, independente do estado clínico das parturientes. Tal atitude se embasa na mudança de concepção sobre o parto que ocorria na época. Ele deixou de ser algo natural, feito em casa, por parteiras, e passou a ser algo patológico, necessitando de técnicas e ferramentas médicas que pudessem dar conta do processo. DeLee, em 1920, defendeu na Sociedade Americana de Medicina o conceito de parto como processo patológico. Dessa forma, pode legitimar instrumentos como o fórceps<sup>4</sup> e a técnica da episiotomia como terapêutica para reduzir a mortalidade materna e neonatal. “A defesa diante da Sociedade Americana de Medicina não levou estudos científicos, no entanto, foi aceita e se propagou por quase todo o século XX” (SÃO BENTO e SANTOS, 2006) e ainda repercute nas práticas assistenciais atualmente.

No Brasil, surge na década de 1940 o processo de hospitalização do parto, a partir da evolução da anestesia e da assepsia do ambiente hospitalar. Ocorre também a mudança de protagonismo onde a mulher sai de cena e o profissional passa a comandar a cena do parto, tirando o costume popular de realizar o parto em domicílio, antes comandado por parteiras,

---

<sup>4</sup> Instrumento cirúrgico utilizado para auxiliar na expulsão do bebê

curandeiras ou comadres. Para Pietro e Moura (2015), o parto, até então, não era visto como atividade médica, sendo este profissional solicitado somente em casos de intercorrências. Segundo Progianti *et al.* (2008), foi somente a partir dos anos de 1970 que a episiotomia foi incorporada pela prática obstétrica médica no Brasil e transformou-se num procedimento de rotina nos hospitais. “Assim, quando o parto normal passa a realizar-se sob responsabilidade médica, há necessidade de modificá-lo para distingui-lo das funções das parteiras e para que obtenha o status do profissional que o realiza, transformando-se, então, num ato cirúrgico.” (RIFFEL, 1997, p.92 ). Já há uma mudança nas práticas com um olhar mais reflexivo a partir da década de 80 e que se estende até os dias atuais. A partir de novas formas de estudos sistemáticos ou revisões de literatura foi possível concluir a iatrogenia da episiotomia de rotina, mas esses estudos ainda não foram suficientes para mudar a prática da intervenção obstétrica no nosso país.

### **CORPO E PSICANÁLISE**

Por isso, é fundamental analisarmos qual a consequência que essa marca deixada pela episiotomia, no corpo, diz sobre a realidade dos sujeitos e os discursos que atravessam esse tema. Esse diálogo permite abrir caminhos para discutirmos sobre as marcas deixadas pela técnica obstétrica. Esse corpo que nos interessa decerto é corpo vivo, “tal como o amamos ou rejeitamos, tal como é inscrito em nossa história e tal como é envolvido na troca afetiva, sensual e inconsciente com nossos parceiros privilegiados” (NASIO, 2009, p. 74). Ao mesmo tempo em que, coletivamente, se propaga a imagem dominante de parto como sendo algo natural ou humanizado, as mulheres grávidas passam por situações em sua rotina no hospital que podem divergir para aquilo que vinham se preparando em todo o processo gestacional, situações que podem ser inesperadas, traumáticas no sentido psíquico e real (como marca no corpo), “real não porque é sólido e palpável, mas porque a vida que existe nele, essa efusão permanente, constitui para nós um impenetrável mistério” (NASIO, 2009, p. 77), sendo essa cicatriz, no caso da episiotomia, uma consequência dessa ação, como um traço que marca essa lembrança no próprio corpo. Destacando que cada sujeito irá significar de forma distinta essa situação, a marca será um elemento nesse processo, e ela pode dizer, por exemplo, de uma lembrança que remete à dor, ao sofrimento vivenciado no processo de recuperação, ou à lembrança do nascimento. Assim, percebemos as diferentes representações que a marca pode simbolizar, pois “não sentimos nenhuma emoção, viva, agradável ou dolorosa sem que, simultaneamente, imprima-se sua representação psíquica” (NASIO, 2009, p.25).

Se constituindo como linguagem, o corpo é a experiência das vivências e afetos, pois “não somos nosso corpo em carne e osso, somos o que sentimos e vemos de nosso corpo: sou o corpo que sinto e o corpo que vejo.” (NASIO, 2009, p.54). Mas nem sempre há espaço no ambiente obstétrico para que a mulher possa expressar o corpo que durante 9 meses passam por mudanças tão rápidas e significantes, deixando de representar esse traço em sua vida: “E é pelo fato de habitar a linguagem que o homem pode encontrar a função de seus órgãos, é a linguagem que confere, efetivamente, um corpo ao sujeito.” (QUINET, 2006, p.113).

Ao trabalhar com essas marcas trazidas pela episiotomia, o intuito é instigar a discussão sobre o que a cicatriz pode trazer, auxiliando o diálogo que pode chegar ao sujeito e levá-lo a compreender os discursos sobre suas marcas que são únicas, bem como envolvimento que a mulher pode construir sobre seu cuidado, autonomia e conhecimento sobre o próprio corpo. Desta forma, “o corpo torna-se o elo de comunicação com o mundo a seu redor, e tal relação se concretiza a partir do momento em que ele ocupa papéis e é reconhecido no contexto em que vive.” (CASTRO *et al.*, 2010, p.180).

Ao falarmos da episiotomia é importante transpormos os significados construídos sobre o assunto, assim, possibilitamos o significado singular sobre as marcas deixadas no corpo. Independente do tamanho, da localização, da causa, cada sujeito trará sua vivência. Mas essa é apenas uma das formas de nomear e caracterizar a cicatriz. É preciso refletir sobre os diversos nomes e significantes que são atribuídos a essa marca. Precisamos observar sobre o que é dito no cotidiano, nas entrelinhas, pois diferentes significantes, tais como “episiotomia”, “epissiorrafia”, “ponto do marido”, “pique”, enfim, são falados no dia-a-dia a partir de uma variação muito grande de nomes para um traço, pois ainda é preciso dar um significado para algo que não cessa de se inscrever, dessa forma, podemos inferir que:

é através da apreensão desse corpo na cadeia de significantes, isto é, dentro de um discurso, que o sujeito vai encontrar as funções para o seu próprio corpo, porque a linguagem não é imaterial, a linguagem é um corpo e as palavras estão presas a todas as imagens corporais que cativam o sujeito. (QUINET, 2006, p.113)

“Essas marcas podem ser representadas pelas recordações sobre o acontecimento, ou marcas reais, trazidas na forma de cicatriz, pois “o que sempre se perde em qualquer cirurgia é a integridade do corpo. A pele é cortada e nunca mais será a mesma.” (SEBASTIANI, 2010, p.40). Vemos essa perda da integridade da mulher quando o corpo deixa de ser protagonista da cena e passa à condição de objeto monitorado, medido, tocado e cortado.

## DISCUSSÃO

Com a mudança da atenção no cuidado à gestante dirigido ao saber médico, ainda que não cientificamente comprovado, provoca-se uma mudança em que o corpo da mulher passou a ser considerado objeto desses estudos e ferramentas. Isso se justifica pelo discurso de despreparo do corpo feminino para o momento do parto, legitimando um novo ambiente para nascimento, em que a cena remete aos centros cirúrgicos e artefatos tecnológicos avançados para incidir diante desse corpo. Conforme Santos e Shimo (2008, p. 648), “A representação feminina de que seu corpo, especificamente sua vagina, não é adequada para o nascimento fisiológico do seu bebê, e que é necessária a intervenção do obstetra para o bom desfecho do parto, confere poder ao profissional que a assiste”.

Nessa nova cena, não é permitido o protagonismo da mulher em experienciar o momento do parto, entram em cena agora a ocitocina sintética<sup>5</sup>, a epidural<sup>6</sup>, o fórceps e o bisturi. Ballesteros-Meseguer *et al.* (2016) falam sobre a “cascata de intervenções”, explicando que quando se interfere na evolução normal do parto, começando pela adoção da posição litotômica, seria necessário, em seguida, o uso de substâncias para induzir o parto e consequentemente, o uso da instrumentalização médica através de vácuo ou fórceps, culminando em uma maior probabilidade de se recorrer ao uso da episiotomia. Percebemos em nossos estudos que parte dos casos de episiotomia são indicados levando em conta o peso ou tamanho do bebê. A partir disso, Ballesteros-Meseguer *et.al* (2016) pesquisaram essa variável clínica e foi possível constatar que, por si só, o peso fetal >4.000 g não é um fator de risco para a episiotomia, mas quando associado ao uso de epidural ou partos instrumentados, as chances de que seja necessária a realização da episiotomia aumentam. Dessa forma, podemos perceber que o corpo da mulher naturalmente garante um parto que não necessite de tanta instrumentação ou protocolos e normas, mas vemos um cenário diferente nos estudos trazidos pela área, onde cada vez mais a cena de parto dá lugar a uma cena cirúrgica, sendo necessário o profissional médico na cena para dar conta de tais práticas.

Cecattie e Calderon (2005) relatam que essa mudança de paradigma no parto que passa a ser realizado no hospital teve como consequência uma diminuição nos casos de Morbidade e Mortalidade materna e perinatal. Dessa forma, houve um incentivo para que as mulheres parissem fora de casa, principalmente, nos países em desenvolvimento, em que havia um contexto histórico de maior incidências dessas eventualidades ocorridas no parto. Assim, práticas como cesárea, episiotomia de rotina, uso de ocitocinas e monitorização fetal

---

<sup>5</sup> Substância utilizada para iniciar o processo do parto quando esse não acontece de forma natural.

<sup>6</sup> Anestesia local injetada na corrente sanguínea da parturiente visando diminuir as dores do processo.

ganharam respaldo e expandiram-se no âmbito da saúde durante o século XX. Com o aumento de estudos na área, foi possível discriminar melhor os reais benefícios e prejuízos que cada técnica traz para o processo durante o parto. Assim, foi possível compreender que existem múltiplas evidências relatando que o uso dessas técnicas e ferramentas obstétricas além do necessário está associado com aumento da morbidade materna, mortalidade materna e morbidade perinatal (Cecattie e Calderon 2005; PREVIATTI e SOUZA, 2007). Assim, podemos compreender que o uso indiscriminado da tecnologia que incide sobre o corpo da mulher no momento do parto vem causando malefícios e prejudicando os índices de saúde, onde não há um lugar de questionamento sobre os limites da entrada da tecnologia sobre o corpo feminino.

A técnica de sutura no local da incisão da episiotomia chama-se epissiorrafia e causa uma cicatriz no corpo da mulher. Como consequência desse procedimento, a elasticidade do períneo seria diminuída, fato que será usado como argumento para realizar um novo corte no 2º parto e, conseqüentemente, ocorrerá também nos partos subsequentes. O próprio processo da epissiorrafia prejudica os primeiros momentos na relação mãe-bebê, ao invés de descansar e manter um contato com a criança através do toque, do cheiro ou da palavra, essa mãe passará cerca de 1 hora sendo costurada, sem saber muitas vezes a dimensão do corte que foi feito, tendo também muitas dúvidas em relação às conseqüências desse procedimento em sua vida: “A episiotomia, muitas vezes, é entendida como recurso extremo para o nascimento em partos vaginais, sendo comparada, inclusive, à cesárea por via baixa.” (RIFFEL, 1997, p. 62).

A escolha do tipo de episiotomia também denuncia as questões pessoais nos procedimentos adotados. Em um estudo com profissionais de um Hospital-escola, ao serem indagados sobre a escolha da episiotomia Medio-lateral-direita, as justificativas traziam suas convicções e aprendizados pessoais, deixando de lado as questões clínicas individuais de cada parturiente

grande número das justificativas (64,6%) referidas para escolha da EMLD foram direcionadas às vantagens para os profissionais, tais como, a influência do aprendizado durante a formação acadêmica (25,9%), mais adotada rotineiramente (19,4%), facilidade na sutura (12,9%) e maior experiência (6,4%) as vantagens para as mulheres foram apontadas com menor frequência (35,4%), a saber, menor chance de lesar o esfíncter anal (16,7%), menor risco de complicações (13,3%) e períneo curto (3,2%). (OLIVEIRA E MIQUILINI, 2005, p.293)

Dessa forma, o saber desses profissionais diante do corpo feminino se sobrepõe aos cuidados que deveriam ser priorizados nesse momento. Por se tratar de um Hospital-escola, vemos

como essa prática ainda vem sendo ensinada e utilizada em larga escala sem haver maiores pesquisas que justifiquem sua real necessidade para a mulher ou para a criança. Progianti *et al.* (2008) trazem a ideia de que muitos médicos e enfermeiras obstétricas afirmam que a episiotomia se torna a única operação feita sobre o corpo de uma mulher saudável sem o seu consentimento. Visando a aprendizagem da técnica ou uma maior comodidade para o profissional, vemos que esse corpo é desrespeitado ao passar por um procedimento cirúrgico sem a devida autorização ou diálogo sobre o que de fato representa esse procedimento, bem como informações referente aos cuidados a saúde no Pós-parto.

A lesão provocada pela episiotomia traz a possibilidade de incontinências urinária e fecal graves, dispareunia e perda da sensibilidade, além de prolapso de órgãos (PRIETO e MOURA,2015), complicações iguais ou muito parecidas com aquelas que são usadas como justificativa para realizar o procedimento. A comunicação sobre a episiotomia ainda é muito irrisória. Segundo Riffel (1997), não se fala muito sobre isso no momento do Pré-parto. As informações são restritas, pontuais, utilizando-se apenas de conhecimento técnico. Também não são discutidas, por exemplo, as técnicas de massagem e relaxamento feitas antes do parto que podem preparar a região do períneo para o momento do parto. No estudo de Lomas *et.al* (1991), incluído no campo perinatal, foram identificados três barreiras fundamentais para a mudança dessas práticas na rotina obstétrica: dificuldade dos clínicos para conseguir a literatura científica de práticas alternativas à episiotomia; falta de recursos; e carências na apreciação crítica da literatura científica.

A partir da discussão acima, surge então um questionamento: Como podemos promover a autonomia do parto a essas mulheres se as informações são guardadas durante longo período de tempo e são informadas apenas no momento do parto, em um contexto de dor, de emoção e de mudanças anatofisiológicas muito rápidas no corpo da mulher?

Segundo Lopes *et al* (2012, p. 269), “O período expulsivo é um momento de extrema angústia e dor para a mulher. A compreensão de que a episiotomia pode reduzir esse período, faz com que a mulher aceite a intervenção também como um método de abreviar o trabalho de parto”. Dessa forma, quando lhe é mostrado a possibilidade de diminuição desse processo doloroso através da episiotomia, fica difícil uma contra-argumentação ou uma conversa sobre sua real necessidade e complicações advindas com o corte, colocando a mulher alheia ao saber sobre seu próprio corpo.

Junqueira (2011) traz a conceituação de autonomia para a Bioética, de acordo com esse princípio, as pessoas têm “liberdade de decisão” sobre sua vida. A autonomia é a

capacidade de autodeterminação de uma pessoa, ou seja, o quanto ela pode gerenciar sua própria vontade, livre da influência de outras pessoas. Para chegar a essa decisão é preciso que a equipe se mobilize para repassar o máximo de informação de forma clara e os profissionais devem se assegurar que o paciente entendeu a explicação, sendo possível a parturiente escolher, junto com a equipe médica, qual seria a melhor forma do nascimento para cada caso. Esse fato não acontece nas pesquisas em campo realizadas por Riffel (1997):

Existindo rotinas, as informações giram em torno das mesmas, favorecendo a melhor aceitação mas restringindo a percepção e a possibilidade de escolha do usuário. Constata-se, então que as informações, quando fornecidas, referem-se a rotina de utilização da episiotomia e não a possibilidade do parto sem este procedimento. (p.64)

Evidencia-se a omissão intencional de informações relativas à episiotomia, de complicações em decorrência da mesma. (p.100)

Por ser um procedimento obstétrico, construiu-se a ideia de que tal procedimento traria benefício para a mãe e bebê. Não há questionamentos por parte das mulheres em relação a prática por receio que elas podem sentir ao dialogar com os profissionais de saúde, que repassam informações em forma de roteiro com intuito de não abrir margem para questionar suas práticas que são, em alguns casos, normas e rotinas construídas pelos hospitais. Na pesquisa de campo realizada por Santos e Shimo (2008), nenhuma mulher foi informada sobre a intervenção ou os riscos e benefícios da episiotomia, sendo informada posteriormente que foi algo benéfico para o parto, sem repasse de informações referentes aos cuidados para prevenir complicações.

Thacker e Banta (1995 *apud* TOMASSO, *et al.*, 2002 ), em seu artigo sobre os riscos e os benefícios da episiotomia, resumiram suas conclusões na seguinte frase: "Se os pacientes estivessem informados adequadamente acerca dos benefícios e cientes dos prejuízos e riscos demonstrados, é pouco provável que as mulheres aceitem que se realize a episiotomia de forma rotineira."

Conforme Riffel (1997, p.54 ), "O assunto envolve os direitos das mulheres, pois a episiotomia de rotina atinge diretamente seus corpos enquanto lhes são negadas ou transmitidas informações através do silêncio perpetuador desta prática". Essas informações devem chegar em todo o período pré-natal, ajudando a futura mãe a construir o plano de parto. Ao chegar no momento do parto, possivelmente em uma Unidade de atenção terciária, com diferentes profissionais que acompanharam essa mulher nos últimos tempos, a dificuldade de comunicação com a Rede de atenção à saúde impossibilita o acesso às

informações construídas ao longo do Pré-natal, comprometendo, dessa forma, a atenção continuada, a integralidade da atenção e o vínculo com a equipe:

O sistema de rodízio de atendimento e de plantões que vigora nas instituições pode provocar ou intensificar sentimentos de insegurança, instabilidade, ansiedade e desamparo das usuárias em relação ao profissional que zela pelo bem estar de sua saúde e de seu filho. (RIFFEL, 1997, p.95 )

Outra consequência negativa que a episiotomia tem trazido ao longo dos anos é aversão ao parto normal: “A episiotomia, como procedimento invasivo e doloroso, entra nesse contexto, como mais um evento que pode gerar o medo na parturiente” (LOPES *et. al* 2012, p. 2626). Associada à fantasia de dor, de desamparo e de medo, constrói-se a ideia do parto cesáreo como o mais cômodo para a mulher pois ela não iria sentir dor e nem ser cortada em uma região tão íntima. Na cultura popular, fala-se sobre a episiotomia como a “cesárea por via de baixo”. Percebemos que, na verdade, isso denuncia que a comodidade está relacionada à equipe médica, pois seria mais cômodo a marcação de cesárea pela previsibilidade de quando ocorrerá e o processo acaba sendo mais curto. Dessa forma, seria possível realizar um maior número de partos em menor tempo, sem precisar passar horas acompanhando e monitorando a parturiente, o que vemos como desrespeito sobre o tempo do corpo de cada mulher nesse processo. A esse respeito, afirma Riffel (1997, p. 127):

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

Uma decorrência da episiotomia é a dispaurineia, que representa a dor na região durante o ato sexual. Tal consequência é ignorada ao considerarmos como ainda é um tabu falar sobre a sexualidade da mulher, principalmente da puérpera. Em uma cultura onde os cuidados do bebê recaem sobre a mulher, constrói-se a ideia de que seria ideal para ela passar certo tempo sem ter relações sexuais e cuidar exclusivamente do bebê. Ainda nesse ponto, Riffel (1997) discute sobre a raspagem dos pelos pubianos no momento do parto como uma forma de retirar de cena aquilo que denuncia um caráter erógeno da genitália feminina. Quando o homem entra na cena do parto, a partir da prática médica, é preciso raspar esses pelos para que isso não incomode o profissional, pois nesse momento do parto a mulher passa a ser vista como uma entidade santificada por estar parindo, por isso não pode demonstrar sua sexualidade.

Mas essa ideia de sexualidade muda quando há um marido, um outro que entra nessa história e precisa ter suas necessidades respeitadas e seu desejo satisfeito. Ressaltamos que foi construída em nossa cultura chamar a episiotomia de “ponto do marido”:

Esta afirmação se fundamenta quando analisamos os significados atribuídos ao restabelecimento da musculatura vaginal e quando se levanta a questão do “ponto do marido”, ou seja, a episiotomia quando suturada, diminui o diâmetro do diafragma vulvovaginal, “apertando” a entrada da vagina. Na concepção do “ponto do marido”, traz-se a condição virginal à mulher e supõe-se que isto seja apazível ao homem, um procedimento realizado na mulher para satisfazer o homem. Como ficam as mulheres nesta história? (SÃO BENTO e SANTOS, 2006, p. 554)

Precisamos trazer à discussão também o pensamento recorrente de que a mulher após o parto ficaria “frouxa”, assim, a episiotomia foi apontada como uma prática que evitaria tal consequência e ainda deixaria o canal vaginal mais apertado para o marido, trazendo sua condição de mulher que retorna a ser virgem. Essa ideia, construída ao longo dos anos, ignora a própria estrutura anatômica da vagina que se constitui de músculo que podem ser contraídos e relaxados durante o parto através dos hormônios naturalmente liberados. Percebemos que, nesse contexto, o conhecimento científico sobre o processo do parto é ignorado e prevalecem apenas as questões construídas socialmente. O desconhecimento das mulheres sobre a sexualidade e sobre seus corpos, somado ao intervencionismo com mínimas informações, engessa as práticas. Estas continuam sendo realizadas sem a devida informação referente às alternativas, como por exemplo, aos exercícios que podem ser feitos antes e após o parto para diminuir o desconforto causado pela passagem do bebê no canal vaginal.

Essa mulher a qual falamos é a mesma que precisa da autorização formal do marido quando decide fazer uma laqueadura. Ela também tem seus direitos ameaçados quando uma bancada evangélica composta em quase toda sua totalidade por homens decide iniciar um processo através da PEC 181 para que ela não possa mais abortar em caso de estupro. Como fica essa mulher que tem seu corpo comandado por um homem? Quando a mulher poderá gozar de seu corpo sem precisar que políticos, médicos ou maridos a autorize ou diga o que pode fazer?

Somando os números de partos cesáreos e partos normais feitos com uso da episiotomia, percebemos um número muito pequeno de partos que foram feitos de forma natural, sem uso das técnicas obstétricas. “A rejeição da mulher ao parto, e não à episiotomia, fortalece a prática médica intervencionista” (PROGIANTI *et al.* 2008), ou seja, a presença do corte realizado na região abdominal (cesárea) ou perineal (episiotomia) limita a possibilidade de um papel mais ativo da mulher no momento do parto. Limita também sua relação com o bebê logo após o parto, durante um período em que a mulher deveria se recuperar do esforço

físico realizado e ter um contato para construir vínculo mais próximo através dos cuidados com o recém nascido. Essa cena dar lugar para a dor, suturas e possíveis infecções:

A infecção e outros problemas como tempo de permanência prolongado em sala de parto, dor á realização da episiotomia, dor após sua realização, necessidade de medicação para a dor, aceitação da imagem corporal consequente a integridade física alterada, roubam um período precioso para promover a interação mãe-filho enquanto a episiotomia desnecessária e consequente episiorrafia são efetuadas. (Riffel, 1997, p.73)

Para Riffel (1997), conscientizar profissionais e usuários para que não haja interferência no desenvolvimento do parto e no corpo feminino, sem orientar ou pedir licença à mulher, é uma questão que deve ser discutida publicamente para que a dignidade e liberdade de profissionais e usuárias não fiquem ainda mais prejudicadas, considerando que o corpo da parturiente não significa um palco para que a academia possa usá-lo como instrumento de aprendizado de técnicas cirúrgicas.

No entanto, o interesse pela supressão da episiotomia como rotina, condiciona-se à diminuição do ensino prático desta técnica, principalmente nas faculdades de medicina, o que diminuiria a importância do parto enquanto ato médico, e os custos com fios cirúrgicos, cuidados e terapêuticas em suas complicações. (Riffel, 1997, p.68)

A partir dessas informações podemos perceber todo um processo histórico que tenta silenciar as mulheres que entram na sala de parto, isso se perpetua nos dias atuais, sendo necessária uma mudança em instituições, tanto da assistência à saúde, como no âmbito educacional, onde essas técnicas continuam sendo ensinadas. Diante disso, podemos refletir formas para modificar esse cenário que se mostra silencioso, mas que apresenta cortes profundos na autonomia das mulheres.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Percebemos como o processo histórico do campo obstétrico tirou o protagonismo da mulher no momento do parto, sendo a episiotomia uma das principais técnicas que limitam a parturiente a uma condição de objeto, onde o saber obstétrico encontra um palco para que suas técnicas sejam ensinadas, mesmo que para isso seja ignorado os critérios clínicos que indiquem ou não tais procedimentos.

Para que haja uma mudança nesse campo, é preciso uma divulgação correta das informações referentes ao parto para as gestantes, representando um meio para que elas possam se empoderar diante de seus corpos e possam construir junto com a equipe de saúde o

direcionamento de seu cuidado enquanto mulher, podendo retomar o lugar de autora do próprio corpo e do processo de parto.

Essa mudança também deve partir da formação dos profissionais, que devem aprender a repassar esse saber visando informar a gestante sobre os processos de parto, ouvindo o que ela deseja para esse momento. Os profissionais também devem respeitar a decisão da mulher e, principalmente, seu corpo, que deve sair da posição litotômica ou de qualquer posição que limite seu papel de escolha. A mulher deve se levantar e decidir sobre seu próprio movimento no momento do parto, bem como esperar o tempo em que seu corpo naturalmente permitirá a passagem do bebê. Na rotina obstétrica, percebemos a importância de maiores incentivos para estudos que preparem os profissionais em formação para que saibam classificar melhor o que deve ou não ser feito, e dialogar com a parturiente quais caminhos serão feitos.

A episiotomia, que continua sendo ensinada para os profissionais em formação, denuncia um despreparo em realizar procedimento de intercorrências que podem acontecer no momento do parto, bem como dificuldade na habilidade de tomada de decisões frente ao inesperado. Para evitar uma possível laceração pensa-se ser mais fácil realizar a episiotomia, mas se o profissional é preparado para lidar ou reparar uma laceração leve, por que cortar sem real necessidade? Por ser mais cômodo? Cômodo para quem? Essa questão nos mostra uma certa inércia em realizar pesquisas que mostrem alternativas para a prática da episiotomia. Com o avanço da tecnologia no campo biomédico, passa-se a desconsiderar os critérios clínicos e manejo profissional. Quando a tecnologia invade o campo obstétrico, ela tira de cena a autonomia dos sujeitos, dessa forma, poderiam ser criados novos instrumentos menos invasivos diante do corpo feminino, retomando esse lugar de protagonismo do corpo. Essa mudança parte de atitudes simples, como por exemplo, a presença do pai ou de algum familiar, assegurado pela lei Nº 11.108 (BRASIL, 2005). Elas podem permitir um empoderamento maior ou apoio necessário no momento do parto para que sejam tomadas as melhores escolhas junto à equipe médica.

## REFERÊNCIAS

Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016;24:e2793. Acessado em: 13 de Nov. de 2017 ; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0334.2686>.

BRASIL, Portaria Nº 569, DE 1 DE JUNHO DE 2000. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília, DF, 2000.

BRASIL, LEI Nº 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005. **Do Subsistema de Acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato**. Brasília, DF, 2005.

CECATTI, José Guilherme; CALDERON, Iracema de Matos Paranhos. Intervenções benéficas durante o parto para a prevenção da mortalidade materna. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 27, n. 6, p. 357-365, June 2005 . Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032005000600011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032005000600011&lng=en&nrm=iso)>. acessado em: 18 Nov. 2017.

CASTRO, Marcela Rodrigues de et al . Função e imagem corporal: uma análise a partir do discurso de mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Rev. Bras. Ciênc. Esporte (Impr.)**, Porto Alegre , v. 32, n. 2-4, p.167-183, Dez. 2010 Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010132892010000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010132892010000200012&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 07 de Abril de 2016

ENDERLE, Cleci de Fátima; KERBER, Nalú Pereira da Costa; SUSIN, Lulie Rosane Odeh and MENDOZA-SASSI, Raúl A.. Avaliação da atenção ao parto por adolescentes em um hospital universitário. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online]. 2012, vol.12, n.4, pp.383-394. ISSN 1806-9304. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292012000400005>. Acessado em: 01 de Outubro de 2017

JUNQUEIRA, C.R. **Bioética: conceito, fundamentação e princípios**. São Paulo: UNIFESP, 2011.

LOMAS J, Enkin M, ANDERSON GM, Hannah WJ, Vayda E, Singer J. **Opinion leaders vs audit and feedback to implement practice guidelines. Delivery after previous cesarean section**. JAMA 1991;265(17):2202-2207

LOPES, D. M. *et al.* Episiotomia: sentimentos e repercussões vivenciadas pelas puérperas . **Rev. pesqui. cuid. fundam.** (Online);4(1):2623-2635, jan.-mar. 2012.

LOPES, A.A.. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 46, n. 3, p. 285-288, Sept. 2000  
Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S01042302000000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01042302000000300015&lng=en&nrm=iso)>. acessado em 10 Nov. 2017.

NASIO, J. D. **Meu corpo e suas imagens** (A. Telles, trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008

OLIVEIRA, Sonia Maria Junqueira V. de; MIQUILINI, Elaine Cristina. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 39, n. 3, p. 288-295, Set. 2005 Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-2342005000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-2342005000300006&lng=en&nrm=iso)>. acessado em 16 Set. 2017

OMS Organização Mundial da Saúde. **Assistência ao parto normal: um guia prático.** Relatório de um grupo técnico. Genebra; 1996.

PAIM, Fernando Free; KRUEL, Cristina Saling. Interlocução entre Psicanálise e Fisioterapia: conceito de corpo, imagem corporal e esquema corporal. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 32, n.1, p.158-173, 2012. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932012000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100012&lng=en&nrm=iso)>. acesso em: 12 Nov. 2017

PREVIATTI, Jaqueline Fátima; SOUZA, Kleyde Ventura de. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 60, n. 2, p. 197-201, ABr. 2007 .  
Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200013&lng=en&nrm=iso)>. acessado em: 18 Nov. 2017.

PRIETO, Luiza Neves Teles; MOURA, Leides Barroso de Azevedo **A episiotomia de rotina é uma prática baseada em evidência? Uma revisão integrativa de literatura.** 2015. 18 f., il. Monografia (Bacharelado em Enfermagem)—Universidade de Brasília, Brasília, 2015

PROGIANTI, Jane Márcia; ARAUJO, Luciane Marques de; MOUTA, Ricardo José Oliveira. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 12, n.

1, p. 45-49, Mar. 2008 . Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452008000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 14 Nov. 2017.

QUINET, A. (2006). **Teoria e clinica da psicose**. 5ª edição Rio de Janeiro: Forense Universitaria, 2011.

SANTOS, Jaqueline de Oliveira; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 4, p. 645-650, Dec. 2008 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452008000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400006&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 14 Nov. 2017

SAO BENTO, Paulo Alexandre de Souza; SANTOS, Rosangela da Silva. Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 552-559, Dez. 2006 .

SEBASTIANI, R.W. Atendimento Psicológico no centro de terapia intensiva. In: **Psicologia Hospitalar: Teoria e prática**. Valdemar Augusto Angerami-Camon (Org.) 2ª Ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015.

RIFFEL, Mariene Jaeger. **Episiotomia: a dimensão oculta**. Dissertação (Mestrado em enfermagem). Porto Alegre: UFRGS, 1997

TOMASSO. G., *et al.* Debemos seguir haciendo la episiotomía em forma rutinaria? **Rev Obstetr Ginecol** 2002; 62 (2): 115-21.