

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

BRUNA DE OLIVEIRA JOCHIMS

**INFORMAÇÕES SOBRE A EPISIOTOMIA RECEBIDAS PELAS MULHERES
DURANTE O PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO**

Porto Alegre

2018

BRUNA DE OLIVEIRA JOCHIMS

**INFORMAÇÕES SOBRE A EPISIOTOMIA RECEBIDAS PELAS MULHERES
DURANTE O PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Cláudia
Junqueira Armellini

Porto Alegre

2018

AGRADECIMENTOS

Gratidão! Esse é o sentimento que permeia esses cinco anos de jornada.

Agradeço, acima de tudo, a pessoa que me deu a vida, minha mãe, Elizete de Oliveira. Sou abençoada por ser tua filha, te agradeço por ter sonhado o meu sonho junto a mim, permitindo torná-lo realidade: essa é a uma conquista realizada em conjunto, é nossa! Sem você, nada disso seria possível. Eu te amo!

Agradeço também ao meu companheiro de vida, meu noivo Matheus Braga de Lima, que me manteve calma quando o medo e a exaustão pareciam não ter fim, que me colocou em seus braços e me trouxe paz e serenidade para que eu conseguisse finalizar essa etapa. Você é a leveza que minha vida precisa, te amo muito!

Ao meu grupo de apoio, minhas ENFERMUSAS, por trilharem esse caminho ao meu lado, por dividirem os momentos de angústia e vibrar a cada pequena conquista, pelo brilho no olhar ao ver que cada uma de nós evoluiu: PARABÉNS a vocês também, enfermeiras e colegas de trabalho e de vida! Sem vocês, não seria tão linda e gostosa essa caminhada.

Agradeço à minha orientadora, professora Cláudia Junqueira Armellini, pela convivência, por todas as vezes que me acalmou respondendo “*já deu certo*”, e por ter me contagiado com sua humanidade, com o seu amor pelo que faz que transparece na sua fala. Se eu conseguir oferecer esse cuidado e essa sensação para as mulheres que cruzarem o meu caminho, sei que serei uma profissional ímpar.

Aos meus familiares e amigos, obrigada pela compreensão nos momentos de ausência, ou de corpo presente e mente longe. Saibam que estive com o coração em cada aniversário em que não compareci ou cada encontro que furei. Não esqueçam que o mais importante na vida é sempre o amor.

“Que as dificuldades que eu experimentar ao longo da jornada não me roubem a capacidade de encanto”

Ana Jácomo

JOCHIMS, B.O. **Informações sobre a episiotomia recebidas pelas mulheres durante o processo de parto e nascimento.** 2018. 67 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

RESUMO

Introdução: A episiotomia é um corte no períneo que atinge pele, músculos, vasos sanguíneos e tendões, sendo considerada um procedimento cirúrgico. É direito da mulher ser esclarecida e informada sobre a realização de qualquer procedimento em seu corpo, contudo, sabe-se que muitas vezes intervenções como a episiotomia ocorrem sem que a mulher tenha sido informada, o que se caracteriza uma forma de violência obstétrica. **Objetivo:** identificar as informações recebidas sobre a episiotomia pelas mulheres durante o processo de parto e nascimento. **Método:** trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal, sendo uma subanálise do projeto denominado “Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição e nascimento” que teve por objetivo geral identificar as práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição e nascimento. A amostra foi composta por 246 puérperas submetidas à episiotomia. **Resultados:** Verificou-se que 96,3% (n=237) das mulheres conheciam o real estado de seu períneo, 77,2% (n=190) referiram ter recebido previamente informações de que seriam submetidas à episiotomia, 65,0% (n=160) foram informadas sobre o motivo da realização da episiotomia e 75,0% das indicações de episiotomia relatadas pelas mulheres foram “para aumentar a passagem para o bebê”. **Conclusão:** A maioria das mulheres recebeu informações quanto à episiotomia, porém, apesar de ser considerada um procedimento cirúrgico e que necessita de consentimento, muitas mulheres foram expostas ao procedimento sem informações suficientes acerca do mesmo.

Palavras-chave: Episiotomia; Direitos do Paciente; Informação; Enfermagem Obstétrica; Humanização da Assistência.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

GEMBE	Grupo de Estudos da Mãe e do Bebê
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCO	Unidade de Centro Obstétrico
UIO	Unidade de Internação Obstétrica
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo geral	11
2.2 Objetivos específicos	11
3 REVISÃO DE LITERATURA	12
3.1 Modelo de assistência ao parto	12
3.2 Episiotomia	14
3.2.1 Tipos e técnica de episiotomia.....	16
3.2.2 Indicações de episiotomia.....	16
3.2.3 Consequências e riscos da episiotomia.....	18
3.3 Direitos dos pacientes e a violência obstétrica	19
4 MÉTODO	22
4.1 Tipo de estudo	22
4.2 Campo do estudo	22
4.3 População e amostra	23
4.4 Coleta de dados	23
4.5 Análise de dados	25
4.6 Aspectos éticos	25
5 RESULTADOS	26
REFERÊNCIAS	43

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	52
ANEXO B – PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.....	54
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE.....	55
ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	56
ANEXO E – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS.....	58
ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO PARA USO DE DADOS DA PESQUISA.....	59
ANEXO G – PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL.....	60
ANEXO H – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS À REVISTA ACERVO SAÚDE.....	61

1 INTRODUÇÃO

O parto é historicamente considerado um processo natural, fisiológico, e único para os que dele participam, onde são vivenciadas muitas mudanças em um curto período de tempo para a mulher e sua família (BRASIL, 2001). Contudo, com o aumento do uso de tecnologias, por volta do século XX, adotou-se um novo modelo de assistência ao parto, o Modelo Tecnocrático, que desconsidera a mulher como um ser humano completo, tratando-a de forma fragmentada, objetificando-a e trazendo o foco da assistência ao parto para o profissional em vez da mulher (RATTNER et al., 2014). Este avanço na obstetrícia está associado a uma diminuição na morbimortalidade materna e perinatal, no entanto, a tecnologia e o excesso de intervenções acabam desencadeando uma patologização de processos naturais, esquecendo-se que a assistência recebida pela mulher durante o processo de parturição marcará a sua vida para sempre (BRASIL, 2017).

A supervalorização das intervenções é percebida durante a formação profissional médica, onde há realização de práticas rotineiras somente para aprendizado dos alunos, sem individualizar cada processo, desencadeando um excesso de intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas (BRASIL, 2001; SILVA et al., 2014). Estes processos contribuem para que a mulher deixe de ser a protagonista do seu parto, pois se sente insegura e amedrontada frente à assistência prestada, sendo incapaz de combinar a conduta do profissional com seus desejos, acabando por submeter-se às ordens recebidas pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2001). A predominância do Modelo Tecnocrático de assistência é reafirmada pela pesquisa multicêntrica de base hospitalar intitulada Nascer no Brasil (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012), que analisou a atenção proporcionada à mulher da gestação ao nascimento, com participação de mais de 23 mil mulheres e seus recém-nascidos, abrangendo as cinco regiões do Brasil. Nesta pesquisa evidenciou-se que as mulheres foram expostas a muitas intervenções durante o trabalho de parto e parto, pois somente 5% dos partos vaginais ocorreram de forma espontânea, enquanto 43,1% ocorreram com o uso de intervenções (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012). Percebe-se, então, que intervenções estão deixando de ser utilizadas somente para prevenção de desfechos desfavoráveis, sendo utilizadas de maneira a abreviar o nascimento e passam a ter uma conotação de proteção e cuidado à mulher e ao bebê (RIESCO, 2014).

Dentre essas intervenções encontra-se a episiotomia, definida como um corte cirúrgico na vagina, realizado com tesoura ou bisturi, com a intuito de alargar o canal de nascimento (JIANG et al., 2017). A episiotomia tem seu uso rotineiro contraindicado (BRASIL, 2017; JIANG et al., 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018), sendo classificada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma prática realizada frequentemente de modo inadequado, cujo percentual recomendado é de 10% (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996). Porém, atualmente, é difícil estipular uma taxa aceitável para o procedimento, pois reconhece-se sua relevância em emergências obstétricas, mas salienta-se que há a necessidade da diminuição do seu uso rotineiro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Ainda assim, a Pesquisa Nascer no Brasil (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012), constatou que há um uso indiscriminado da episiotomia, sendo esta prática comum em 51,6% dos partos analisados e evidenciou ser necessário que se perceba que práticas rotineiras, tais como a episiotomia, são prejudiciais e não possuem embasamento científico.

Nota-se que há uma falta de conhecimento das mulheres sobre a nomenclatura, indicações e realização da episiotomia, havendo também alguma influência cultural sobre as crenças acerca desta prática (POMPEU et al., 2017). Sabe-se que é direito do paciente ser esclarecido e consultado sobre quaisquer intervenções que possam vir a ser realizadas em seu corpo (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009), sendo assim, atos como não informar ou adquirir consentimento da parturiente sobre essas intervenções correspondem a uma forma de violência obstétrica (ANDRADE; AGGIO, 2014), sendo a episiotomia uma das formas de violência obstétrica mais praticada (ROCHA; GRISI, 2017). Todavia, esta violência é dificilmente reconhecida devido ao momento em que é imposta, pois a mulher se encontra mais vulnerável devido ao processo de parturição (ANDRADE; AGGIO, 2014; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014).

Para modificar o cenário atual da obstetrícia é necessário que os sistemas de saúde se responsabilizem pelo atendimento recebido pelas mulheres durante a gestação e o parto por meio da implementação de políticas que esclareçam os direitos e deveres do cidadão, e juntamente a isso, é fundamental que os profissionais de saúde recebam treinamento e apoio para assegurar o atendimento digno à mulher (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014). Tais modificações contribuirão para que os profissionais repensem sua conduta acerca de práticas

rotineiras como a episiotomia, bem como disseminem informações atualizadas sobre as indicações das mesmas, visando o empoderamento da mulher, permitindo-a dialogar sobre as intervenções e rejeitá-las quando necessário (SANTOS et al., 2017).

A afinidade da autora pela obstetrícia surgiu ao aprender sobre a importância do protagonismo da mulher durante o parto. Durante as práticas curriculares e extracurriculares na área materno-infantil do curso de graduação em Enfermagem, surgiram inquietações pela percepção de que as parturientes, por vezes, não eram informadas previamente, não tinham conhecimento ou não eram consultadas a respeito de seu consentimento sobre intervenções realizadas em seu corpo durante o trabalho de parto e parto. Tais fatos mostravam que essas mulheres não eram respeitadas e, muitas vezes, não recebiam um cuidado humanizado. Dentre as intervenções realizadas na Unidade de Centro Obstétrico (UCO), a realização da episiotomia chamava a atenção, talvez pelo som emitido pelo corte do períneo ou pela agressividade aparente do ato. Com isso, surgiu a seguinte questão norteadora: “Quais as informações sobre a episiotomia que são recebidas pelas mulheres durante o processo de parto e nascimento?”

Diante da importância do conhecimento, informação e consentimento da mulher perante os procedimentos realizados sobre seu corpo, destaca-se a relevância da temática deste estudo. Acredita-se que seus resultados poderão contribuir para a reflexão e avaliação sobre as práticas assistenciais dos profissionais que atuam na assistência, durante o parto e nascimento, inclusive do enfermeiro, que é um profissional presente em todas as etapas do processo de parturição, além de contribuir para o desenvolvimento de estratégias com o intuito de melhorar o modelo assistencial.

2 OBJETIVOS

A seguir serão descritos o objetivo geral e os objetivos específicos deste estudo.

2.1 Objetivo geral

Identificar as informações recebidas sobre a episiotomia pelas mulheres durante o processo de parto e nascimento.

2.2 Objetivos específicos

Identificar o conhecimento das mulheres submetidas à episiotomia sobre as condições de seu períneo no pós-parto.

Identificar a prevalência de mulheres que foram previamente informadas sobre a realização da episiotomia.

Identificar a prevalência de mulheres que foram informadas sobre a indicação da sua episiotomia.

Identificar o conhecimento das mulheres sobre a indicação de terem sido submetidas realização da episiotomia.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A seguir serão apresentados aspectos que proporcionarão fundamentação ao tema desta pesquisa, são eles o modelo de assistência ao parto, a episiotomia e os direitos dos pacientes e a violência obstétrica.

3.1 Modelo de assistência ao parto

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1996), o parto ocorre entre 37 e 42 semanas de gestação, possui início espontâneo e apresenta baixo risco para a mãe e o bebê. É um processo natural e fisiológico, sendo um momento único para a família (ANDRADE; LIMA, 2014). A assistência ao parto tem como finalidade o bem-estar da mãe e do bebê, onde intervenções devem ser realizadas o mínimo possível e perante justificativa válida (BRASIL, 2017), sendo assim, a assistência obstétrica de qualidade visa favorecer a experiência positiva da mulher e sua família, proporcionando-lhes um ambiente acolhedor e humano (ANDRADE; LIMA, 2014).

Antigamente, o parto era caracterizado por ser um evento íntimo, vivenciado entre mulheres, ocorrido em casa (BRASIL, 2001), mas, atualmente, passou a ser considerado um evento patológico, sendo a mulher tratada como incapaz de parir de forma segura e satisfatória (ANDRADE; LIMA, 2014). A medicalização do parto teve início no século XVI, quando o cirurgião inglês Peter Chamberlen criou o fórceps obstétrico. Tal fato marcou o declínio da assistência ao parto por parteiras, dado que muitas não dispunham de recurso econômico para aquisição de tal objeto, e passou a considerar o parto como um evento controlado pelo homem, pois pressupunha-se que a mulher era incapaz de manipular o fórceps de forma correta, sendo intelectualmente inferior ao homem (OSAVA; TANAKA, 1997).

Este modelo de assistência ao parto, denominado de Modelo Tecnocrático, medicaliza a assistência, aumentando cada vez mais o controle médico sobre um evento natural, caracterizando-o como um processo de fisiologia patológica (RATTNER et al., 2014). Esta segmentação da mulher faz com que ela se aliene ao processo de nascimento, tornando-a suscetível a mais intervenções e menor autonomia (RATTNER et al., 2014). Nota-se, assim, que tais práticas que visam a desvalorização e submissão da mulher pregadas por ideologia médica e de gênero

vêm sendo perpetuadas e naturalizadas na cultura institucional (ZANARDO et al., 2017), criando um favorecimento do profissional de saúde sobre a autonomia da mulher, que se sente desamparada e impotente neste momento significativo (BRASIL, 2001).

O Modelo Humanista, ao contrário do modelo utilizado majoritariamente nos dias atuais, reconhece o nascimento não apenas como um processo biológico, mas sim um evento que engloba aspectos fisiológicos, psicológicos e culturais, considerando a mulher de forma completa, valorizando a criação de vínculo e realizando intervenções somente em situações necessárias (RATTNER et al., 2014). A assistência humanizada ao parto compreende conhecimentos e práticas que visam um nascimento saudável para a mãe e o bebê, estimulando a autonomia e proporcionando privacidade à mulher. A humanização leva em consideração o modo como cada mulher lida com o processo de parir e suas necessidades, realizando cada atendimento de forma singular (BRASIL, 2001). Trata-se da devolução do protagonismo à mulher, de atender às suas expectativas, através da sua inclusão na tomada de decisões referente ao parto e baseando o cuidado nas melhores evidências científicas (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1996), o profissional de saúde de cuidados básicos mais adequado para realizar a assistência ao parto normal é a enfermeira obstétrica. No Brasil, existe o respaldo pela Lei do Exercício Profissional 7.498/86, que “Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências” (BRASIL, 1986) e do Decreto Lei nº 94.406/87 (BRASIL, 1987) que asseguram à enfermeira a assistência ao parto eutócico e à enfermeira obstétrica/obstetiz competência para a execução do parto eutócico, a identificação da distócia e a realização da episiotomia e da episiorrafia, quando necessário.

Já é possível perceber um interesse do governo brasileiro em melhorar a prestação da qualidade da assistência obstétrica, a qual podemos perceber por meio de incentivos à formação de enfermeiras obstetras com o intuito de promover aliados à Rede Cegonha (SILVA et al., 2014). A Rede Cegonha trata-se de uma rede de cuidados vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), que visa assegurar o direito da mulher ao planejamento reprodutivo, gestação, parto e puerpério humanizados, assim como também trata de assegurar à criança o direito ao nascimento seguro e crescimento saudável (BRASIL, 2011).

Para que a eliminação de abusos e a diminuição da violência obstétrica sejam viáveis, é necessária a criação de processos inclusivos, onde profissionais de saúde, gestores, mulheres e educadores trabalhem juntos para tal fim (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014). Vale ressaltar que para cada nascimento, há a criação de um vínculo único entre mãe e bebê que engloba a assistência recebida e que ficará marcado para sempre na vida desta família (ANDRADE; LIMA, 2014).

3.2 Episiotomia

Durante a fase expulsiva do parto, podem ocorrer lesões perineais, dentre elas a episiotomia (JIANG et al., 2017; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996). As lesões perineais, denominadas lacerações, classificam-se de acordo com sua extensão, sendo denominadas lacerações de primeiro grau às que atingem somente pele, mucosa e tecido subcutâneo; de segundo grau, às que atingem além destas estruturas, também a musculatura; de terceiro grau quando também o esfíncter anal interno é afetado, e lacerações de quarto grau quando o reto é atingido (RIESCO et al., 2011). Por ser definida como um corte no períneo que atinge pele, músculos, tendões e vasos sanguíneos, a episiotomia é uma laceração de segundo grau, e é considerada um procedimento cirúrgico, realizado com tesoura ou bisturi durante o segundo estágio do trabalho de parto, denominado Período Expulsivo (KILPATRICK; GARRISON, 2015; MARTINS-COSTA et al., 2017; PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

A episiotomia foi relatada pela primeira vez pelo obstetra irlandês Fielding Ould (1742), no século XVIII, para auxiliar o desprendimento fetal em partos difíceis. Contudo, só ganhou notoriedade no século XX por meio das indicações de Pomeroy e DeLee. DeLee (1920 apud AMORIM; KATZ, 2008), acreditava que a episiotomia deveria ser realizada juntamente com o fórceps de alívio em todas as primíparas para preservar a integridade do assoalho pélvico, pois o fórceps diminuiria o risco de trauma fetal e o corte reduziria a probabilidade de lacerações perineais graves, promovendo, segundo Schantz et al. (2015), uma vagina mais resistente e bonita.

Atualmente, sabe-se que a episiotomia tem seu uso rotineiro contraindicado, porém, ela ainda é considerada como uma política de cuidados de rotina em alguns países (JIANG et al., 2017), sendo uma das formas de violência obstétrica mais

praticadas (ROCHA; GRISI, 2017) e gerando um gasto excedente e sem necessidades reais (DINIZ, 2012).

A sua realização ocorre, em parte, devido ao fato de que os profissionais atendem às demandas de acordo com o que lhes é ensinado durante sua formação (BRASIL, 2001), onde infere-se que a vagina é um órgão incapaz de se distender de tal forma para que ocorra o nascimento (DINIZ, 2012), e pela impaciência dos profissionais em esperar o nascimento devido à superlotação das salas de parto (SCHANTZ et al., 2015). Portanto, a episiotomia é muito utilizada como modo de abreviar o período expulsivo (RIESCO, 2014). Nota-se também, uma tendência de minimizar a episiotomia, tanto pelo profissional que a prática quanto pela mulher que possui pouca informação acerca do procedimento, ao referir-se ao mesmo como um “cortezinho”, a fim de torná-lo insignificante (POMPEU et al., 2017).

A episiotomia está associada a posição da mulher no período expulsivo. Estudo realizado por Zhang et al. (2017) comparou mulheres que pariram em posição de quatro apoios (n=446) com as que pariram em posição litotômica (n=440). No primeiro grupo, apenas 1,8% delas sofreram episiotomia, enquanto entre as que pariram em posição litotômica, 37,7% foram submetidas à episiotomia. Os autores constataram que a posição de quatro apoios é superior à posição litotômica no que diz respeito a menor suscetibilidade à episiotomia. A posição mais utilizada no Brasil durante o parto é a posição litotômica, o que propicia a exposição do períneo, favorecendo a realização de intervenções como a episiotomia (MARTINS-COSTA et al., 2017).

Owa, Eniowo e Ilesanmi (2015) associam maior prática de episiotomia à assistência médica. Segundo Pereira et al. (2014), enfermeiras obstétricas realizam cerca de três vezes menos episiotomia do que o profissional médico, fato que acarreta em maiores índices de períneo íntegro e lacerações perineais, principalmente as de primeiro grau. Entre 2011 e 2012 a taxa de episiotomia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) era de 59,4% e após a adoção do uso restrito da episiotomia essa taxa caiu para 44,1% entre 2015 e 2016 (SCHNEIDER, 2017).

3.2.1 Tipos e técnica de episiotomia

A episiotomia pode ser classificada de acordo com a direção do corte no períneo como mediana e médio-lateral (KILPATRICK; GARRISON, 2015). A episiotomia mediana é realizada verticalmente ao períneo, em direção ao reto, enquanto a episiotomia médio-lateral é realizada a um ângulo de 45° da linha média, distanciando-se do reto (KILPATRICK; GARRISON, 2015). O Ministério da Saúde (MS) do Brasil preconiza que a incisão da episiotomia, quando necessária, seja realizada no sentido médio-lateral à direita, entre 45° e 60° (BRASIL, 2017).

A episiotomia mediana é mais fácil de reparar e menos dolorida após o procedimento, no entanto, há uma maior probabilidade de haver lacerações de terceiro e quarto grau devido a direção do corte, enquanto na episiotomia médio lateral há uma maior dificuldade de reparação, uma dor maior após o procedimento e maior probabilidade de sangramento aumentado (PIETROWSKI, 2012).

Antes de se realizar a episiotomia, é necessário que seja realizada a analgesia efetiva do períneo por meio de infiltração local de anestésicos (BRASIL, 2017; MARTINS-COSTA et al., 2017). Porém, sabe-se que muitas vezes a incisão é feita sem que essa analgesia seja realizada (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Após o corte do períneo, deve-se suturá-lo. A episiorrafia deve abranger os tecidos muscular e subcutâneo, sendo realizada com pontos separados e de maneira contínua (MARTINS-COSTA et al., 2017).

3.2.2 Indicações de episiotomia

A realização de uma episiotomia deve ser sempre precedida da sua indicação (BRASIL, 2017) e do consentimento informado da mulher (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014), devendo ter a sua justificativa e descrição registradas em prontuário da paciente (MARTINS-COSTA et al., 2017). Porém, no Brasil, ainda ocorre da episiotomia, mesmo sendo considerada um procedimento cirúrgico, ser realizada sem informar previamente à mulher sobre seus riscos, sua necessidade e sem o seu consentimento (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Atualmente, não há evidências científicas que definam os critérios exatos para indicação da episiotomia (JIANG et al., 2017), contudo, a recomendação ideal

deve garantir menores taxas de complicações no nascimento (SAGI-DAIN; SAGI, 2015).

Permitir à mulher a livre movimentação durante o trabalho de parto, a escolha de posição para parir, não ser obrigada a manter-se em posição de litotomia, não ser forçada à puxos dirigidos (PARTO DO PRINCÍPIO; FÓRUM DE MULHERES DO ESPÍRITO SANTO, 2014), não ser exposta à intervenções desnecessárias que visam acelerar o trabalho de parto e parto, como uso de ocitocina sintética, de amniotomia e da manobra Kristeller, diminuem os riscos de sofrer uma episiotomia (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Contudo, ainda há indicações para a realização de episiotomia encontrada nos livros atuais, podendo elas serem classificadas quanto às condições fetais, condições maternas e condições da assistência (SANTOS; SANTOS, 2016).

As condições fetais contemplam o maior grupo de indicações, sendo elas condição fetal não tranquilizadora, macrossomia fetal, distócia de ombros, apresentação pélvica e em algumas variedades posteriores da apresentação fetal (MARTINS-COSTA et al., 2017). Apesar de serem o maior grupo de indicações, sabe-se que a episiotomia não exerce um efeito protetor sobre a condição fetal (JIANG et al., 2017; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996), bem como pode acarretar em lesão na cabeça do feto durante a incisão (KILPATRICK; GARRISON, 2015). Santos e Santos (2016) concluíram que há pouca associação das condições fetais com a prática da episiotomia.

As condições maternas englobam doenças maternas que impeçam a realização de puxos, como miocardiopatias e pneumopatias, e corpo perineal inferior a 3 centímetros (MARTINS-COSTA et al., 2017).

Dentre as condições assistenciais, a episiotomia está associada a uma possibilidade de realizar o parto instrumentalizado (MARTINS-COSTA et al., 2017).

Sagi-Dain e Sagi (2015) observaram que entre os profissionais responsáveis pela assistência ao parto, a maioria dos médicos obstetras baseiam suas indicações de episiotomia em informações subjetivas, ou seja, em sua experiência profissional e legado de colegas mais velhos, enquanto há uma igualdade dentre as indicações subjetivas e objetivas quando a episiotomia é indicada por enfermeiras obstétricas.

3.2.3 Consequências e riscos da episiotomia

Tanto a episiotomia quanto as lacerações espontâneas podem gerar dor intensa, hemorragia, infecções e relacionar-se à incontinência urinária a longo prazo (JIANG et al., 2017). Sabe-se que a episiotomia também está associada a risco aumentado para complicações no pós-parto (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2017), como hematoma, sutura mal realizada, deiscência de sutura, maior tempo de cicatrização quando comparado à uma laceração de 1º e 2º graus, endometriose, queiloide na cicatriz, risco aumentado para necrose, maior risco de laceração no parto seguinte, estética da episiotomia insatisfatória e, conseqüentemente, queda na autoestima (CARVALHO et al., 2015; PARTO DO PRINCÍPIO; FÓRUM DE MULHERES DO ESPÍRITO SANTO, 2014), risco aumentado para lacerações de 3º grau (SALGE et al., 2012) e maior grau de insatisfação com o parto (WEEKS et al., 2016).

Percebe-se também alterações na rotina sexual devido à ardência, medo de sentir dor durante as relações sexuais, culpa por não sentir prazer nas mesmas e dispareunia, que é muitas vezes causada por um ponto a mais dado na vagina na hora da sutura, denominado “ponto do marido”, afetando a autoestima do casal (CAMBOIM et al., 2017; DINIZ, 2012). O procedimento também repercute na realização de atividades de vida diária da mulher, como se locomover, urinar (disúria), evacuar e posicionar-se para amamentar o bebê (CAMBOIM et al., 2017). Constatou-se que a episiotomia tem uma conotação negativa para essas mulheres, pois está associada a algo desagradável (CAMBOIM et al., 2017). Em revisão sistemática, Jiang et al. (2017) constataram que a prática seletiva da episiotomia é responsável por menores traumas perineais.

Para Diniz (2012), uma alternativa para prevenir que as mulheres sejam expostas a iatrogenias causadas pelo mal-uso da episiotomia é a adoção, pelos serviços de saúde, de um consentimento informado específico sobre este procedimento, visto que esta é uma prática invisível ao sistema, pois na maioria dos locais não há obrigatoriedade de registrar-se o motivo pelo qual ela foi realizada.

3.3 Direitos dos pacientes e a violência obstétrica

Embora as mulheres sintam-se amedrontadas, constrangidas, desconfortáveis, impotentes e vulneráveis à dor perante a episiotomia, ainda assim há a crença de que esse procedimento é normal e necessário para a mãe e para o bebê devido à falta de informação e conhecimento da fisiologia do parto (CARVALHO et al., 2015; POMPEU et al., 2017). Acredita-se que a falta de questionamento das mulheres sobre a episiotomia se dá pelo referencial que elas possuem do médico, vendo-o como agente principal e indispensável para a realização do nascimento, depositando confiança na tomada de decisões médicas, tendo estas como indispensáveis (POMPEU et a., 2017). Há uma minoria de mulheres que reconhecem a contraindicação da episiotomia de rotina, porém durante o parto não conseguem se empoderar perante o médico, formando-se, assim, uma hegemonia do profissional de saúde e uma desvalorização da mulher, que não percebe que tem seus direitos violados (BOLSONI; COELHO, 2016; CARVALHO et al., 2015; POMPEU et al., 2017).

Embora contraindicada, muitas vezes a episiotomia ocorre sem o conhecimento e consentimento feminino, pois o profissional, além de não informar a mulher, toma para si a decisão de realizar ou não a episiotomia (CARVALHO et al., 2015). Tal ato configura-se como violência obstétrica (CARVALHO et al., 2015; PARTO DO PRINCÍPIO; FÓRUM DE MULHERES DO ESPÍRITO SANTO, 2014). A violência obstétrica é um tipo de violência cometida contra a mulher.

A violência contra a mulher é definida no Capítulo 1 da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará como:

Artigo 1 – [...] qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado.

Artigo 2-Entender-se-á que violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica:

- a. que tenha ocorrido dentro da família ou unidade doméstica ou em qualquer outra relação interpessoal, em que o agressor conviva ou haja convivido no mesmo domicílio que a mulher e que compreende, entre outros, estupro, violação, maus-tratos e abuso sexual;
- b. que tenha ocorrido na comunidade e seja perpetrada por qualquer pessoa e que compreende, entre outros, violação, abuso sexual, tortura, maus tratos de pessoas, tráfico de mulheres, prostituição

forçada, seqüestro e assédio sexual no lugar de trabalho, bem como em instituições educacionais, estabelecimentos de saúde ou qualquer outro lugar, e
c. que seja perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ocorra. (BRASIL, 1996, p. 1).

Neste cenário obstétrico atual, encontramos a violência obstétrica, que ocorre nos serviços de saúde durante assistência à gestante e sua família, em qualquer período da gestação. Pode ocorrer de forma explícita ou velada como abusos psicológico, físico, verbal ou sexual (PARTO DO PRINCÍPIO; FÓRUM DE MULHERES DO ESPÍRITO SANTO, 2014).

A violência obstétrica pode ser percebida de diferentes maneiras, dentre elas não informar a parturiente sobre procedimentos e não solicitar seu consentimento para tais, realizar os procedimentos mesmo com a recusa da mulher, realizar intervenções a fim de acelerar o processo de parturição, desconsiderar as melhores evidências científicas para a assistência, violar direitos da mulher garantidos por lei e desconsiderar a legislação vigente (PARTO DO PRINCÍPIO; FÓRUM DE MULHERES DO ESPÍRITO SANTO, 2014).

Também se considera violência obstétrica atos nocivos para a mulher que são cometidos com fins didáticos, pois tais intervenções causam dor, não trazem benefício e tornam a mulher mais suscetível a desfechos desfavoráveis (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012). Essa violência é uma forma de retirar a autonomia da mulher frente a um processo biológico através de omissão, uso abusivo de intervenções e desumanização no atendimento, causando impactos negativos na vida dessa família (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE SUL, 2017).

Consta no Código de Ética de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007), em seus Artigos 17º e 20º que é de responsabilidade da equipe de enfermagem fornecer informações adequadas e esclarecer o paciente quanto a seus direitos, os riscos, os benefícios e as intercorrências acerca da assistência. O direito dos pacientes também é descrito no Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009), sendo vedado ao médico, segundo o Artigo 22º, não obter consentimento do paciente após esclarecê-lo sobre procedimento a ser realizado, bem como consta no Artigo 24º, não garantir ao paciente o direito de decidir sobre si mesmo.

Segundo o Código Civil, Lei nº 10406, em seu Artigo 15º, não se pode constranger ninguém a se sujeitar a tratamento médico ou intervenção cirúrgica

(BRASIL, 2002) e trata-se de lesão corporal de natureza grave, segundo o Artigo 129º do Código Penal (BRASIL, 1940), ofender a integridade corporal ou saúde de outra pessoa que resulte em debilidade permanente de membro, sentido ou função e aceleração de parto, com pena de reclusão de um a cinco anos.

No Brasil, a Rede Cegonha, no seu Artigo 7º recomenda que as práticas de assistência ao parto e nascimento sejam baseadas no guia de boas práticas da OMS de 1996 e em demais evidências científicas (BRASIL, 2011).

É preciso que as mulheres percebam que não é natural ser desrespeitada, que é seu direito ter um atendimento humano e baseado nas melhores evidências (PARTO DO PRINCÍPIO; FÓRUM DE MULHERES DO ESPÍRITO SANTO 2014). Para que isso ocorra, faz-se necessário que a equipe de profissionais da saúde mantenha uma comunicação efetiva e esclarecedora com a parturiente durante todo o processo, comunicando-a e obtendo seu consentimento sobre intervenções quando necessário (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2017), bem como fortaleça as ações de educação em saúde durante a gestação e inclua o familiar no processo, proporcionando conhecimentos para tomada de decisões e empoderamento da mulher (POMPEU et al., 2017). Mostra-se pertinente também atualizar o conhecimento dos profissionais que estão envolvidos na assistência ao parto sobre obstetrícia, lançando mão de evidências científicas mais atualizadas para prestar um melhor atendimento (SILVA et al., 2014).

4 MÉTODO

A seguir apresenta-se o caminho metodológico adotado para alcançar os objetivos propostos neste estudo.

4.1 Tipo de estudo

Este estudo é uma subanálise do projeto denominado “Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição e nascimento” que teve por objetivo analisar as práticas assistenciais implementadas durante o processo de parturição e nascimento em um hospital universitário. O projeto tem como pesquisadoras docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e integrantes do Grupo de Estudos da Mãe e do Bebê (GEMBE). Tal estudo teve abordagem quantitativa de corte transversal.

Para essa subanálise, o estudo será quantitativo de corte transversal. Segundo Santana e Cunha (2011), estudos de corte transversal são estudos que abordam um momento instantâneo, semelhante a um recorte no tempo, em uma dada população, com base na avaliação individual de cada participante. Estes estudos são comumente utilizados para representar a condição de saúde e doença de uma população específica (SANTANA; CUNHA, 2011).

4.2 Campo de estudo

O estudo ao qual esse estudo vincula-se foi realizado na Unidade de Internação Obstétrica (UIO) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

O HCPA foi criado em 1971, é uma instituição pública, que também conta com recursos da rede privada, componente da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação, vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tem suas portas de entrada via emergência, ambulatórios e internação, atendendo diversas especialidades, buscando sempre o aperfeiçoamento técnico e o cuidado humanizado (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2017).

A UIO localiza-se no 11º andar do HCPA, ala sul, e tem como clientela puérperas, recém-nascidos e gestantes de alto risco. A Unidade é composta por 45

leitos, divididos em cinco enfermarias, sete quartos semi-privativos e um quarto privativo. A maioria dos leitos, dentre eles, quatro enfermarias, é destinada internação de puérperas e recém-nascidos em sistema de alojamento conjunto, sendo somente uma enfermaria disponibilizada para internação de gestantes de alto risco. Os leitos privativos e semi-privativos são utilizados conforme demanda.

4.3 População e amostra

A população do projeto de pesquisa que deu origem a este estudo foi de todas as mulheres que tiveram o parto de seus filhos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A amostra incluiu aquelas que tiveram parto na Unidade de Centro Obstétrico (UCO) do HCPA, que permaneceu no mínimo duas horas em sala de pré-parto, e recém-nascidos com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas, calculada pelo Método de Capurro. Os critérios de exclusão da amostra foram puérperas que tiveram indicação eletiva de cesárea, parto de gemelares, óbito fetal, malformação fetal e aquelas internadas via custeio próprio (particular) e via prestadores de saúde privada (convênios).

Para o cálculo do tamanho amostral do projeto maior foi considerado poder de 80%, nível de significância de 5%, baseado em dados institucionais sobre boas práticas na atenção e a diferença entre as proporções dos desfechos do recém-nascido cujo *Odds Ratio* (OR) seja de 0.6 (VOGT; SILVA; DIAS, 2014). Foi utilizado o programa Winpepi, versão 11.43 para o cálculo, o qual indicou uma amostra de 586 puérperas.

Para esse estudo, a população foi composta por todas puérperas incluídas na amostra do projeto maior, num total de 586, sendo que 449 (76,6%) tiveram parto vaginal. Para a amostra, foram consideradas as mulheres submetidas ao parto vaginal com episiotomia que corresponde a 246 as puérperas.

4.4 Coleta de dados

Os dados do estudo, ao qual esta pesquisa vincula-se, foram obtidos por meio da Planilha de Ocorrências da Área Restrita da UCO do HCPA, dos registros em prontuário eletrônico da puérpera e do neonato, e por meio de um Instrumento de Coleta de Dados (ANEXO A) aplicado às puérperas que ocorreu respeitando um

mínimo de 12 horas de puerpério. Esse instrumento foi elaborado com o intuito de identificar os dados referentes à caracterização da amostra, à história obstétrica e às práticas assistenciais implementadas durante o processo de parturição. Os dados foram coletados no período de fevereiro a setembro de 2016. A autora deste estudo participou da coleta de dados do estudo maior.

Para esse estudo, será utilizado o banco de dados pertencente ao estudo maior ao qual esse projeto vincula-se.

As variáveis que serão utilizadas para esse estudo serão:

Idade: em anos completos no momento da entrevista.

Cor: autodeclarada.

Escolaridade: série completa de estudo.

Situação marital: informação fornecida pela mulher se tem ou não companheiro.

Paridade: informação fornecida pela mulher sobre o número de filhos (vivo ou morto).

Consulta pré-natal: número de consultas frequentadas pela mulher durante a gestação.

Condições do períneo segundo o prontuário: descrição realizada pelo profissional de saúde, que assistiu o parto, quanto às condições do períneo da mulher após o parto vaginal.

Condições do períneo segundo a puérpera: descrição da mulher sobre as condições do seu períneo após o parto vaginal.

Informação prévia sobre a realização da episiotomia: informação fornecida pela mulher sobre o recebimento de informação prévia a realização do procedimento, categorizada como sim ou não.

Informação sobre o motivo da realização da episiotomia: informação fornecida pela mulher sobre o recebimento de informação da indicação da episiotomia, categorizada como sim ou não.

Motivo da episiotomia descrito pela mulher: informação fornecida pela mulher da informação recebida sobre a indicação de sua episiotomia.

As questões do Instrumento de Coleta de Dados que foram incluídas neste estudo foram as de número: 3, 15, 35, 36, 37, 38, 40, 121, 123 e 124.

4.5 Análise dos dados

Foi realizada análise descritiva das variáveis pesquisadas, utilizando-se frequências absolutas e relativas que serão apresentadas por meio de tabelas e figuras. Os dados foram analisados através do *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 18.

4.6 Aspectos éticos

O Projeto de Pesquisa ao qual esse estudo está vinculado foi apreciado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o nº 30187 (ANEXO B) no Sistema de Pesquisa UFRGS e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA sob o Parecer nº 1.394.513 (ANEXO C).

Todas participantes do estudo ou seu responsável, no caso de menores de 18 anos, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO D), em duas vias, sendo uma via entregue para a participante e outra permaneceu com as pesquisadoras. A assinatura do TCLE indicou a concordância em participar voluntariamente do estudo, sob garantia de anonimato e direito de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem prejuízos.

Foi apresentado à instituição o Termo de Compromisso para Utilização de Dados de prontuário (ANEXO E).

A coordenadora da pesquisa, Prof^a. Dr^a. Helga Geremias Gouveia, assinou um Termo de Consentimento para Uso de Dados de Pesquisa, disponibilizando acesso ao banco de dados do estudo ao qual este projeto está aninhado (ANEXO F).

O Projeto de Pesquisa deste estudo, número 33799, foi apreciado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovado em 11 de setembro de 2017, segundo parecer em anexo (ANEXO G).

Por se tratar de um projeto que envolve seres humanos, serão respeitados os termos preconizados pela Resolução 466/12 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados sob a forma de artigo o qual será submetido à Revista Acervo Saúde. As normas para a submissão estão apresentadas em anexo (ANEXO H). Nesse momento, o resumo será apresentado somente na língua portuguesa.

Informações sobre a episiotomia recebidas pelas mulheres durante o processo de parto e nascimento

Bruna de Oliveira Jochims¹

Cláudia Junqueira Armellini²

RESUMO

Introdução: A episiotomia é um corte no períneo que atinge pele, músculos, vasos sanguíneos e tendões, sendo considerada um procedimento cirúrgico. É direito da mulher ser esclarecida e informada sobre a realização de qualquer procedimento em seu corpo, contudo, sabe-se que, às vezes, intervenções, como a episiotomia, ocorrem sem que a mulher tenha sido informada, o que se caracteriza uma forma de violência obstétrica. **Objetivo:** identificar as informações recebidas sobre a episiotomia pelas mulheres durante o processo de parto e nascimento. **Método:** Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal, sendo uma subanálise do projeto denominado “Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição e nascimento” que tem por objetivo geral identificar as práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição e nascimento. A amostra foi composta por 246 puérperas submetidas à episiotomia. **Resultados:** Observou-se que 96,3% (n=237) das mulheres conheciam o real estado de seu períneo, 77,2% (n=190) referiram ter recebido informações de que seriam submetidas à episiotomia, 65,0% (n=160) foram informadas sobre o motivo da realização da episiotomia e 75,0% das indicações de episiotomia relatadas pelas mulheres foram “para aumentar a passagem para o bebê”. **Conclusão:** A maioria das mulheres recebeu informações quanto à episiotomia, porém, apesar de ser considerada um procedimento cirúrgico e que necessita de consentimento, muitas mulheres foram expostas ao procedimento sem informações suficientes acerca do mesmo.

Palavras-chave: Episiotomia; Direitos do Paciente; Informação, Enfermagem Obstétrica, Assistência Humanizada.

¹ Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

² Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

INTRODUÇÃO

O parto é um evento único para cada mulher e todos que dele participam, sendo um processo natural e fisiológico (ANDRADE e LIMA, 2014). Porém, atualmente, o parto passou a ser considerado um evento patológico, tratando a mulher como incapaz de parir de forma segura e satisfatória (ANDRADE e LIMA, 2014). As intervenções passam a ter conotação de proteção e cuidado, deixando de ser utilizadas somente para prevenção de desfechos desfavoráveis (RIESCO, 2014).

Dentre essas intervenções encontra-se a episiotomia, um corte no períneo que atinge pele, músculos, tendões e vasos sanguíneos feito com tesoura ou bisturi, com o intuito de ampliar o canal de nascimento (JIANG *et al.*, 2017). Atualmente, não há evidências científicas que definam os critérios exatos para indicação da episiotomia, porém mesmo com seu uso rotineiro contraindicado, o procedimento ainda é tido como uma política de cuidados de rotina em alguns países (JIANG *et al.*, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Embora seja considerada um procedimento cirúrgico e devesse ter sua justificativa e descrição registradas em prontuário da paciente (MARTINS-COSTA *et al.*, 2017), no Brasil ainda ocorre da episiotomia ser realizada sem o profissional informar previamente à mulher sobre sua necessidade, riscos e sem o seu consentimento (BOLSONI e COELHO, 2016; MEDEIROS *et al.*, 2016).

Percebe-se que há déficit de conhecimento das mulheres sobre nomenclatura, indicações e realização da episiotomia, havendo também influência cultural sobre as crenças acerca desta prática, sendo associada pelas mulheres de que é um procedimento necessário e benéfico para a mãe e bebê (POMPEU *et al.*, 2017). Portanto, atos como não informar, não adquirir consentimento da parturiente sobre essas intervenções ou realizar procedimentos com fins didáticos correspondem a uma forma de violência obstétrica, todavia, esta é dificilmente reconhecida devido ao momento em que é imposta, pois a mulher se encontra mais vulnerável devido ao processo de parturição (ANDRADE e AGGIO, 2014). A episiotomia é uma das formas de violência obstétrica mais praticada (ROCHA e GRISI, 2017) e nota-se uma tendência de minimizá-la, tanto pelo profissional que a

prática quanto pela mulher que possui pouca informação acerca do procedimento, ao referirem-se a mesma como um “cortezinho”, a fim de torná-la insignificante (POMPEU *et al.*, 2017).

Diante da importância do conhecimento e consentimento da mulher perante os procedimentos realizados sobre seu corpo, destaca-se a relevância da temática deste estudo, que tem por objetivo identificar as informações recebidas sobre a episiotomia pelas mulheres durante o processo de parto e nascimento.

Acredita-se que os resultados poderão contribuir para a reflexão e avaliação sobre as práticas assistenciais dos profissionais que atuam durante o parto e nascimento, inclusive do enfermeiro que é um profissional presente em todas as etapas do processo de parturição, além de contribuir para o desenvolvimento de estratégias com o intuito de melhorar o modelo assistencial.

MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo de corte transversal, no qual foi realizada uma subanálise da pesquisa intitulada “Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição”, desenvolvida na Unidade de Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Nessa instituição a assistência ao parto é prestada por médicos obstetras, residentes de obstetrícia e acadêmicos de medicina. Para o cálculo do tamanho amostral do projeto maior foi utilizado o programa *Winpepi*, versão 11.43, considerando poder de 80%, nível de significância de 5%, baseado em dados institucionais sobre boas práticas na atenção e diferença entre as proporções dos desfechos do recém-nascido cujo *Odds Ratio (OR)* seja de 0.6 (VOGT; SILVA; DIAS, 2014). Chegou-se ao tamanho da amostra de 586 puérperas. Foram incluídas no estudo maior mulheres que tiveram parto na Unidade de Centro Obstétrico (UCO) do HCPA e recém-nascidos com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas, calculada pelo Método de Capurro. Foram excluídas puérperas com indicação eletiva de cesárea, parto de gêmeos, óbito fetal, malformação fetal e aquelas internadas via custeio próprio e via prestadores de saúde privada.

Os dados foram coletados no período de fevereiro a setembro de 2016 utilizando-se os registros em prontuário, a Planilha de Ocorrências da UCO e o Instrumento de Coleta de Dados, ambos elaborados para este estudo, aplicado às

puérperas com 12 horas após o parto. Cujas etapas, a autora deste estudo participou.

Para o presente estudo, a população foi composta por todas as puérperas incluídas na amostra do estudo maior (n=586) e para a amostra foram consideradas todas as mulheres submetidas à episiotomia.

Utilizaram-se dados referentes à caracterização da amostra (sociodemográficos e obstétricos), ao conhecimento das mulheres sobre as condições do seu períneo após o parto, à informação prévia recebida de que seria submetida a episiotomia, à informação sobre o motivo da episiotomia e se soube informar sobre esse motivo. Os dados coletados foram submetidos à análise descritiva das variáveis pesquisadas por meio de frequências absolutas e relativas com o emprego do *software* SPSS versão 18.

O projeto do qual esse estudo deriva foi apreciado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo de Pesquisa e Pós-graduação do HCPA (nº 1.394.513). Foram cumpridos os termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todas as participantes ou seu responsável, no caso de menores de 18 anos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foi apresentado à Instituição o Termo de Responsabilidade para Utilização de Dados Institucionais.

RESULTADOS

Amostra deste estudo foi composta por 246 mulheres submetidas ao parto vaginal com episiotomia, sendo que 26 (10,6%) teve parto com uso de fórceps. Referente à caracterização da amostra das mulheres, verificou-se que 73,2% eram adultas e 26,8% adolescentes. A maioria das mulheres era da cor branca (64,2%), possuía companheiro (88,2%), concluiu pelo menos o ensino fundamental completo (82,5%), era primípara (73,6%) e frequentou pelo menos seis consultas de pré-natal (80,3%) (Tab. 1).

Tabela 1 - Caracterização das 246 mulheres segundo variáveis sociodemográficas e obstétricas. HCPA, Porto Alegre/RS, 2016.

Variáveis	n	%
Idade		
14-19 anos	66	26,8
20-34 anos	163	66,3
35-41 anos	17	6,9
Cor		
Branca	158	64,2
Preta	46	18,8
Parda/morena/mulata	37	15,0
Amarela	4	1,6
Indígena	1	0,4
Situação marital		
Possui companheiro	217	88,2
Não possui companheiro	29	11,8
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	43	17,5
Ensino Fundamental Completo	39	15,9
Ensino Médio Incompleto	42	17,1
Ensino Médio Completo	99	40,2
Ensino Superior Incompleto/Completo	23	9,3
Paridade incluindo atual		
Primípara	181	73,6
Secundípara	48	19,5
Tercípara/Multípara	17	6,9

Número consultas pré-natal*

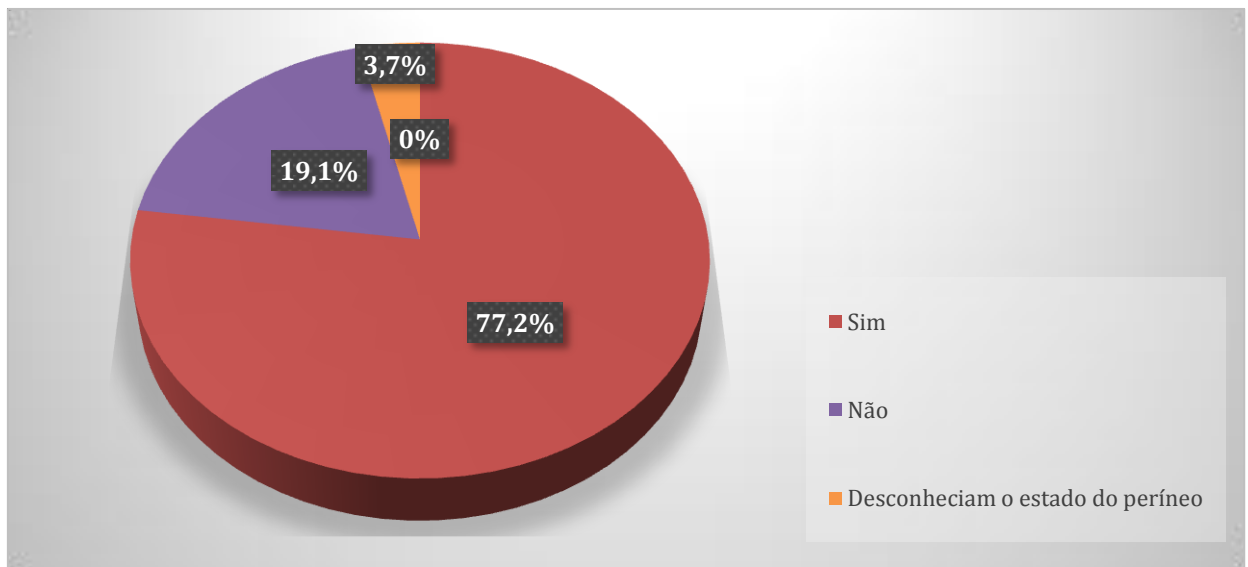
< 6 consultas	48	19,7
≥ 6 consultas	196	80,3

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

*Dado perdido: 2

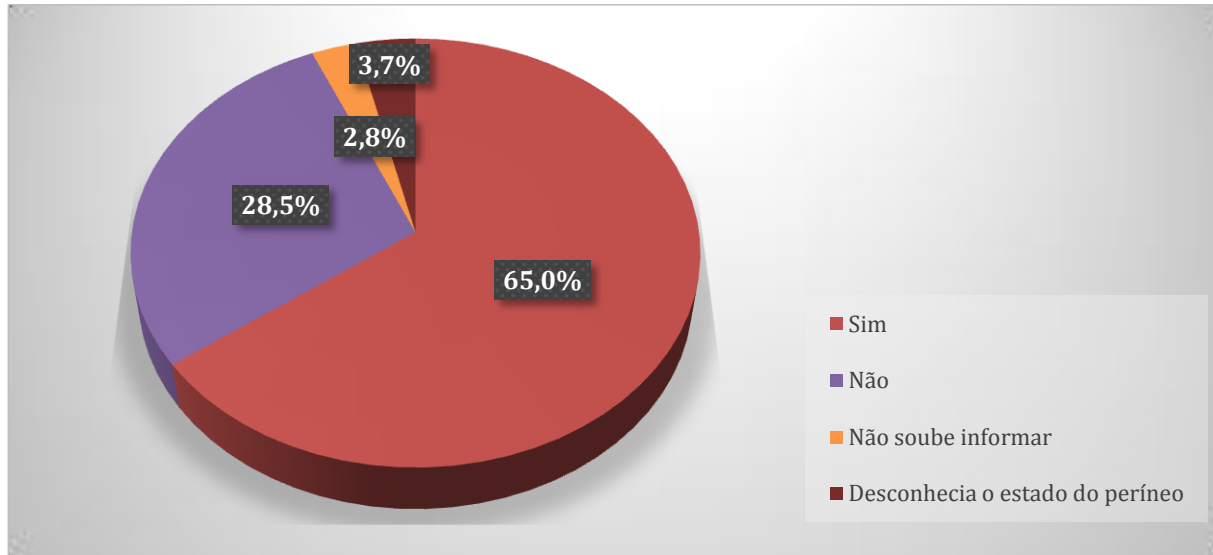
Quanto ao conhecimento sobre as condições de seu períneo após o parto, 96,3% (n=237) das mulheres sabiam que tinham sido submetidas à episiotomia. Contudo, um total de 3,7% (n=9) desconhecia tal condição, este grupo não foi questionado sobre as variáveis a seguir, contudo, permanecerá como parte dos resultados, sendo classificado como “desconheciam o estado do períneo”.

Figura 1 - Distribuição das mulheres submetidas à episiotomia segundo o recebimento de informação prévia sobre a realização deste procedimento. HCPA, Porto Alegre – 2016.



Verificou-se que a maioria das mulheres, 77,2% (n=190), foi informada previamente à realização do procedimento que seria submetida à episiotomia, porém, 47 mulheres negaram tal fato. Salienta-se que avaliou-se o recebimento de informação no ambiente hospitalar (Fig. 1).

Figura 2 - Distribuição das mulheres submetidas à episiotomia segundo o recebimento de informação sobre o motivo da realização da episiotomia. HCPA, Porto Alegre – 2016.



Quando questionadas se receberam informação sobre o motivo de ter sido realizada a episiotomia, a maioria das mulheres respondeu *sim* 65,0% (n=160), enquanto uma porção menor, 2,8% (n=7), referiu não saber informar (Fig. 2).

Entre as 160 mulheres que afirmaram ter recebido informação sobre o motivo da episiotomia, todas souberam informar o(s) motivo(s) (Tab. 2).

Tabela 2 – Motivos de realização da episiotomia relatados pelas mulheres (n=160). HCPA, Porto Alegre/RS, 2016.

Motivos*	n	%
Para aumentar a passagem para o bebê	120	75,0
Para nascer mais rápido	24	15,0
Bebê muito grande	4	2,5
Para não rasgar/lacerar o intestino	4	2,5
Para não rasgar/lacerar a vagina	7	4,4
Exaustão materna	1	0,6
Para retirar a placenta	1	0,6
Períneo era muito pequeno	1	0,6

Feto em posição occipito-púbica	1	0,6
Episiotomia prévia	1	0,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

*Uma puérpera pode ter referido mais de um motivo.

Verificou-se que “aumentar a passagem para o bebê” foi o motivo mais citado pelas mulheres para a justificar a realização da episiotomia (Tab. 2).

DISCUSSÃO

Ao realizar este estudo, almejava-se evidenciar que todas as mulheres receberam informações sobre os procedimentos realizados em seu corpo durante o processo de parturição, visto que este é um direito amparado por lei.

Os dados do estudo mostraram que entre as mulheres que foram submetidas à episiotomia, a maioria era adulta, resultado semelhante a 73,8% encontrado em estudo de Onofre (2014), também realizado no HCPA, cujos dados foram coletados em 2012. Encontrou-se uma quarta parte composta por adolescentes, já no estudo de Pitangui *et al.* (2014), mais da metade das mulheres eram adolescentes (52,4%). Há estudos (OWA *et al.*, 2015; PITANGUI *et al.*, 2014; SALGE *et al.*, 2012) que evidenciaram associação entre a prática de episiotomia e ser adolescente, sendo esta fase duas vezes mais suscetível de sofrer a intervenção (PITANGUI *et al.*, 2014). Portanto, a adolescência mostra-se como um fator de risco para a episiotomia (SOCOLOV *et al.*, 2017).

Ao analisar a escolaridade das mulheres, percebe-se que a maioria concluiu pelo menos o ensino fundamental completo, dado semelhante a 78,4% encontrado por Onofre (2014). Rasouli *et al.* (2016) observaram que mulheres com nível universitário foram mais submetidas à episiotomia comparadas aquelas com nível escolar inferior, já Pitangui *et al.* (2014) não evidenciaram tal associação.

Verificou-se que um grande contingente das mulheres estudadas frequentou seis ou mais consultas durante o pré-natal, número recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), evidenciando que essas mulheres receberam uma assistência considerada adequada durante a gestação. Esse dado é semelhante ao resultado de 82,0% encontrado por Onofre (2014). Questiona-se então a qualidade

dessas consultas, visto que houve mulheres que não conseguiram se impor quanto ao recebimento de informações sobre a episiotomia. Segundo Frigo *et al.* (2014), além do número mínimo de consultas preconizadas durante o pré-natal, é necessário que este seja efetivo, ou seja, baseado em orientações consistentes que visem o empoderamento da mulher, permitindo-a debater e decidir sobre intervenções que possam vir a ser realizadas em seu corpo, pois nota-se que muitas são submetidas ao procedimento por falta de conhecimento. Sabe-se que mulheres que receberam educação continuada durante o pré-natal foram menos expostas a intervenções como a episiotomia (FIROUZBAKHT *et al.*, 2015).

Apesar da maioria das mulheres serem adultas, terem cursado pelo menos o ensino fundamental completo e frequentado no mínimo seis consultas de pré-natal, verificou-se que não conseguiram impor suas vontades perante a assistência recebida, não tendo percebido que foram desrespeitadas. Estudo de Rocha e Grisi (2017) evidenciou que a maioria das mulheres foi informada sobre os procedimentos realizados, porém não possuíam conhecimento o suficiente para argumentar e compreendê-los de fato. Embora as mulheres sintam-se amedrontadas, constrangidas, desconfortáveis, impotentes e vulneráveis à dor perante a episiotomia, ainda há a crença de que esse procedimento é normal e necessário para a mãe e o bebê devido à falta de informação e conhecimento da fisiologia do parto (CARVALHO *et al.*, 2015; POMPEU *et al.*, 2017). A falta de questionamento das mulheres acerca deste procedimento pode estar relacionada ao referencial que elas possuem do médico, vendo-o como agente principal e indispensável para a realização do nascimento, depositando confiança na tomada de decisões médicas, tendo estas como necessárias (POMPEU *et al.*, 2017), estabelecendo assim, uma relação de poder do profissional de saúde sobre a mulher (VILLELA *et al.*, 2016). Há uma minoria de mulheres que reconhecem a contra-indicação da episiotomia de rotina, porém durante o parto não conseguem se empoderar perante o profissional, formando-se uma hegemonia deste e uma desvalorização da mulher, que não percebe que tem seus direitos violados (BOLSONI e COELHO, 2016; CARVALHO *et al.*, 2015; POMPEU *et al.*, 2017).

A maioria das mulheres desse estudo, era primípara, percentual próximo ao encontrado em outros estudos, como Rasouli *et al.* (2016) com 67,1%, Ballesteros-Meseguer *et al.* (2016) com 70,3%, Salge *et al.* (2012) com 83,7%, Onofre (2014)

com 89,6% e Hussein *et al.* (2016) com 91%. Dosler *et al.* (2017), Owa *et al.* (2015) e Schantz *et al.* (2015) encontraram forte associação entre o uso da episiotomia e a primiparidade. Para Pitangui *et al.* (2014), as primíparas têm dez vezes mais chances de serem expostas ao procedimento, configurando-se, assim, a paridade um fator de risco para episiotomia. Acredita-se que a realização do procedimento em primíparas diminui o risco de laceração perineal, de posterior relaxamento da musculatura pélvica e de traumas à cabeça do feto (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Neste estudo, quando as mulheres foram questionadas sobre o conhecimento das condições do seu períneo, quase totalidade referiu ter este conhecimento. Comparando esse resultado com 89,8% encontrado por Onofre (2014), percebeu-se que houve um aumento de 7,2% de mulheres que conheciam as condições do seu períneo, fato que pode estar relacionado ao recebimento de informação sobre a episiotomia no pré-natal, ou até mesmo, imediatamente antes, durante ou após a realização do procedimento. Houve ainda, um percentual de mulheres que desconhecia ter sido submetida a episiotomia, um procedimento cirúrgico para o qual é estabelecido consentimento prévio. O desconhecimento das mulheres sobre as condições de seu períneo após o parto remete a discussão sobre o desrespeito da sua individualidade e dos seus direitos, e sobre a precariedade na oferta de informação (VILLELA *et al.*, 2016).

A maior parte das mulheres deste estudo foi informada previamente de que seria submetida a episiotomia. Cabe informar que no hospital estudado, no momento da admissão da mulher na UCO, é rotina ser apresentado por um integrante da equipe médica, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde está descrita a possibilidade de realização de alguns procedimentos durante o processo do parto e nascimento, como a episiotomia, caso necessários. Mas os resultados mostram haver mulheres que referiram não ter sido informadas previamente quanto a realização da episiotomia e também parecem não terem sido educadas quanto a isto no pré natal. Neste caso, questiona-se sobre a explicação fornecida à mulher a respeito deste Termo, sobre a sua compreensão acerca do que lhe foi explicado e se, no momento em que foi aplicado, a mulher estava apta emocionalmente para compreender e consentir tais procedimentos.

Comparando o percentual de mulheres que relataram terem sido informadas

previamente sobre a episiotomia com o resultado de Onofre (2014), constatou-se que, com o decorrer dos anos, houve um aumento de 20,4% de mulheres informadas previamente ao procedimento. Mesmo assim, houve mulheres que não receberam tal informação, evidenciando que o desrespeito ao direito de informação ainda persiste, como também apresentado em estudo de Thompson e Miller (2014), realizado em Queensland/Austrália, onde 34,5% das mulheres submetidas à episiotomia relataram não terem sido consultadas na tomada de decisão sobre este procedimento, sendo que 26,4% delas sequer foram informadas sobre o mesmo.

Quanto ao recebimento de informação sobre o motivo para a realização da episiotomia, a maioria das puérperas afirmou ter sido informada, porém, ainda houve mulheres que relataram não terem recebido ou não lembrar de tal informação. Para Odent (2000), durante o trabalho de parto, a parte cerebral primitiva da mulher está mais ativa, enquanto o neocórtex, a parte mais racional do cérebro, está com atividade reduzida. A mulher é exposta a muitos sentimentos em um curto período de tempo e, devido a isso, pode não lembrar ou fixar exatamente as informações fornecidas a ela nesse momento.

O motivo de ter sido submetida à episiotomia, mais prevalente, referido pelas mulheres do presente estudo foi “para aumentar a passagem para o bebê”, já Onofre (2014) encontrou como motivo mais prevalente “ajudar o bebê a nascer” (68,8%). Ambos motivos podem apresentar significados semelhantes para as mulheres se considerado que a realização da episiotomia pode ter como motivo aumentar a passagem do bebê e isso pode, conseqüentemente, ser um modo de ajudar o bebê nascer. O atual estudo encontrou percentuais inferiores comparados a outros motivos encontrado por Onofre (2014) como “bebê grande” (14%), “falta de força/exaustão materna” (3,2%) e “episiotomia prévia” (1,1%). Em contrapartida, o estudo atual encontrou um percentual superior aos 2,1% encontrados por Onofre (2014) de episiotomia realizada pelo motivo “não rasgar/não lacerar” no qual podem estar inclusos a vagina e/ou o intestino. Salge *et al.* (2012) observaram um aumento de laceração de terceiro grau em mulheres submetidas à episiotomia e Schneider (2017) averiguou que este tipo de laceração ocorreu em 14,1% dos partos com episiotomia.

Questiona-se, assim, a qualidade da assistência recebida quanto à

informação sobre as indicações da episiotomia e o direito da mulher para opinar sobre os procedimentos realizados sobre seu corpo. Sabe-se que não há critérios exatos para a realização da episiotomia, porém a recomendação ideal deve garantir menores taxas de complicações no nascimento (SAGI-DAIN e SAGI, 2015). Algumas justificativas encontradas no atual estudo, como períneo muito pequeno e exaustão materna, remetem a uma incompetência da mulher e de sua fisiologia, tratando-a como ser passivo na reprodução, pois infere que ela é incapaz de parir sozinha, necessitando de alguém portador de conhecimento para ajudar no nascimento de seu filho (PRIETO, 2015).

No ano de 2014, foi implementado um protocolo que visava o uso restritivo da episiotomia no hospital deste estudo (SCHNEIDER, 2017), o que pode ter contribuído para a redução de 17,0%, nos índices de episiotomia se comparados os estudos com coleta em 2012, de 50,6% (ONOFRE, 2014) e o atual com coleta ocorrida em 2016, e também a maiores informações fornecidas às mulheres.

Salienta-se a escassez de pesquisas com abordagem quantitativa sobre o tema deste estudo. Entretanto, há na literatura estudos qualitativos que apontam a desconsideração dos profissionais para com as mulheres submetendo-as à episiotomia sem a informação ou consentimento prévio acerca do procedimento (BOLSONI e COELHO, 2016; CARVALHO *et al.*, 2015; DENGO *et al.*, 2016; FRIGO *et al.*, 2014; GARRET *et al.*, 2016; MEDEIROS *et al.*, 2016), sem considerar que a realização de procedimentos sem o consentimento da mulher pode gerar sequelas psicológicas ou físicas, além de aumentarem as dores e gerarem um sentimento de participação insatisfatória no trabalho de parto (MEDEIROS *et al.*, 2016).

A falta de conhecimento das mulheres sobre a indicação de ter sido submetida à episiotomia é evidenciada nos estudos de Bolsoni e Coelho (2016), onde a maioria delas não sabia o motivo de terem sofrido a intervenção, e de Frigo *et al.* (2014), no qual para a metade das mulheres o profissional não comentou ou justificou a necessidade do procedimento. As mulheres do presente estudo relataram outros motivos para justificar a realização da episiotomia, que se assemelham a motivos citados em estudos qualitativos onde as mulheres relataram ter sido submetidas à episiotomia sob o pretexto de facilitar o parto, o bebê ser muito grande, o períneo ser muito pequeno, auxiliar o bebê nascer, ter episiotomia prévia

ou ser primípara (CARVALHO *et al.*, 2015; DENGGO *et al.*, 2016; FRIGO *et al.*, 2014). Percebe-se assim, que, muitas vezes, o profissional toma para si a decisão de realizar este procedimento (CARVALHO *et al.*, 2015), seja pela impaciência em esperar o nascimento do bebê sob o pretexto da superlotação das salas de parto (SCHANTZ *et al.*, 2015), ou seja pela incapacidade de percepção de que a vagina é um órgão elástico e capaz de se distender (DINIZ, 2012), tendo sempre a intenção de abreviar o período expulsivo (RIESCO, 2014). Há de se lembrar, também, que o ensinamento sobre a episiotomia é algo que perpassa as gerações, sendo ensinada na academia, e conseqüentemente, tendo impacto no atendimento à mulher (BRASIL, 2001).

A assistência ao parto, quando oferecida de modo violento e com intervenções desnecessárias, como a episiotomia, é responsável por desencadear sentimentos de frustração, raiva, angústia e impotência na mulher (ROCHA e GRISI, 2017). A comunicação entre profissional e mulher mostra-se como um fator relevante que contribui para a satisfação da mesma com o parto, pois a coloca como parte do processo (MARTINS, 2017). Para modificar o cenário atual da obstetrícia é necessário que os sistemas de saúde se responsabilizem pelo atendimento recebido pelas mulheres durante a gestação e o parto por meio da implementação de políticas que esclareçam os direitos e deveres do cidadão, e juntamente a isso, que os profissionais de saúde recebam treinamento e apoio para assegurar o atendimento digno à mulher (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014). Tais modificações contribuirão para que os profissionais repensem sua conduta acerca de práticas rotineiras e disseminem informações atualizadas, visando o empoderamento da mulher, permitindo-a dialogar sobre as intervenções e rejeitá-las quando necessário (SANTOS *et al.*, 2017). Para que a eliminação de abusos e a diminuição da violência obstétrica sejam viáveis, é necessária a criação de processos inclusivos, onde profissionais de saúde, gestores, mulheres e educadores trabalhem juntos para tal fim (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014). É preciso que as mulheres percebam que não é natural ser desrespeitada, que é seu direito ter um atendimento humano e baseado nas melhores evidências (PARTO DO PRINCÍPIO, 2012).

Como limitações deste estudo, não foi questionado sobre qual profissional informou o motivo da realização da episiotomia, visto que deveria ser informado pelo

profissional que a executa, nem em qual momento isso ocorreu, ou seja, antes, durante ou após sua realização. Infelizmente, não foi possível avaliar se o relato das puérperas sobre o motivo pelo qual foram submetidas à episiotomia coincide com a indicação deste procedimento no prontuário, visto que no período da coleta, no documento onde era realizada a descrição do parto e nascimento, não continha um campo para registro da indicação do procedimento pelo profissional que assistiu o parto. Posteriormente, tal documento foi modificado e inserido um campo obrigatório para o registro da indicação da episiotomia.

Sugere-se a realização de novos estudos de abordagem quantitativa sobre a temática, pois sabe-se que há muita desinformação e desrespeito à mulher quanto protagonista do parto, agora faz-se necessário quantificar estas mulheres para que sejam traçadas novas propostas de modificar o cenário atual e seja possível analisar se tais modificações foram efetivas.

CONCLUSÃO

Os resultados evidenciaram que a maioria das mulheres conhecia as condições de seu períneo, foi informada que seria submetida a episiotomia e recebeu informação sobre o motivo desse procedimento. Mesmo assim, ainda houve mulheres que não foram contempladas com essas informações. Constatou-se que, apesar de ser um direito das mulheres serem informadas e esclarecidas sobre quaisquer procedimentos que venham a ser realizados no seu corpo, ainda há mulheres que não foram consideradas agente ativo/protagonista do seu parto. Ressalta-se assim, a necessidade de estabelecer uma comunicação efetiva e de confiança entre a equipe e a mulher, mantendo-a informada e esclarecida sobre possíveis procedimentos e dúvidas, visando o respeito, a autonomia e o empoderamento sobre o seu parto.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE BP, AGGIO CM. Violência obstétrica: a dor que cala. *Simpósio Gênero e Saúde Pública*, 2014; 3.
2. ANDRADE MAC, LIMA JBMC. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. *Humanização do parto e do nascimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014; 467 p.

3. BALLESTEROS-MESEGUER CB, GARCIA CC, PEDRO MM *et al.* Episiotomia e sua relação com diferentes variáveis cínicas que influenciam sua realização. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 2016; 24: e2793.
4. BOLSONI AC, COELHO JA. Episiotomia no puerpério: percepção das mulheres. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, 2016; 17(2): 199-205.
5. BRASIL. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012; 320 p.
6. BRASIL. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001; 202 p.
7. CARVALHO PD, BONFIM MLC, COSTA AA *et al.* Percepção de puérperas quanto ao procedimento da episiotomia. *Journal of the Health Sciences Institute*, 2015; 33(3): 228-234.
8. DENGO VAR, SILVA RS, SOUZA SRRK *et al.* Puerperal women's perceptions about episiotomy. *Cogitare Enfermagem*, 2016; 21(3): 1-8.
9. DINIZ CSG, *Violência obstétrica: "parirás com dor"*. [Brasília, DF]: Parto do Princípio, 2012; 188 p.
10. DOSLER AJ, MIVISEK AP, VERDENIK I *et al.* Incidence of episiotomy in Slovenia: The story behind the numbers. *Nursing and Health Sciences*, 2017; 19(3): 351-357.
11. FIROUZBAKHT M, NIKPOUR M, KHEFRI S *et al.* The effectiveness of prenatal intervention on pain and anxiety during the process of childbirth-northern Iran: clinical trial study. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 2015; 5(5): 348-352.
12. FRIGO J, CAGOL G, ZOCHE DA *et al.* Episiotomia: (des)conhecimento sobre o procedimento sob a ótica da mulher. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 2014; 6(2): 5-10.
13. GARRETT CA, OSELAME GB, NEVES EB. O uso da episiotomia no sistema único de saúde brasileiro: a percepção das parturientes. *Saúde e Pesquisa*, 2016; 9(3): 453-459.
14. GUIMARÃES NNA, SILVA LSR, MATOS DP *et al.* Análise de fatores associados à prática da episiotomia. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 2018; 12(4): 1046-1053.
15. HUSSEIN SAAA, DAHLEN HG, DUFF M *et al.* The barriers and facilitators to evidence-based episiotomy practice in Jordan. *Women Birth*, 2016; 29(4): 321-329.
16. JIANG H, QIAN X, CARROLI G *et al.* Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2017; 2: 1-50.

17. MARTINS ACM. *Fatores associados à maior satisfação das mulheres com o atendimento ao parto em maternidades do Sul do Brasil*. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017, 58 p.
18. MARTINS-COSTA SH, RAMOS JGL, MAGALHÃES, JA et al. *Rotinas em obstetrícia*. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017; 894 p.
19. MEDEIROS NCM, MARTINS ENX, CAMBOIM FEF et al. Violência obstétrica: percepções acerca do parto normal. *Temas em Saúde*, 2016; 16(3): 503-528.
20. ODETT M. *A cientificação do amor*. 2. ed. Florianópolis: Saint Germain, 2002; 139 p.
21. ONOFRE BF. *Mulheres submetidas à episiotomia e as informações quanto à realização deste procedimento*. TCC (Bacharelado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014, 49 p.
22. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2014, 4 p.
23. OWA O, ENIOWO A, ILESANMI O. Factors associated with episiotomy among parturients delivering in a tertiary care centre in Nigeria. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 2015; 3(4): 836-840.
24. PARTO DO PRINCÍPIO. *Violência obstétrica: “parirás com dor”*. [Brasília, DF]: Parto do Princípio, 2012; 188 p.
25. PITANGUI ACR, CARVALHO NHMG, SIQUEIRA CV et al. Ocorrência e fatores associados à prática de episiotomia. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 2014; 2(8): 257-263.
26. POMPEU KC, SCARTON J, CREMONESE L et al. Prática da episiotomia no parto: desafios para a enfermagem. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 2017; 7(e2242).
27. PRIETO LNT. *A episiotomia de rotina é uma prática baseada em evidência? Uma revisão integrativa de literatura*. Monografia (Bacharelado em Enfermagem). Universidade de Brasília, 2015, 18 p.
28. RASOULI M, KERAMAT A, KHOSRAVI A et al. Prevalence and factors associated with episiotomy in Shahroud City, Northeast of Iran. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 2016; 4(3): 125-129.
29. RIESCO MLG. Nascer no Brasil: uma questão de hierarquia das intervenções no parto. *Cadernos de Saúde Pública*, 2014; 30(supl.): S35-S36.

30. ROCHA MJ, GRISI EP. Violência obstétrica e suas influências na vida das mulheres que vivenciaram essa realidade. *Id on Line, Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 2017;11(38); 623-635.
31. SAGI-DAIN L, SAGI S. The correct episiotomy: does it exist? A cross-sectional survey of four public Israeli hospitals and review of the literature. *International Urogynecology Journal*, 2015; 26(8): 1213-1219.
32. SALGE AKM, LOBO SF, SIQUEIRA KM *et al.* Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2012; 14(4): 779-785.
33. SANTOS ADR, SANTOS EL, SILVA KS *et al.* Episiotomia: a dor de um parto. *Cadernos de Graduação*, 2017; 4(1): 131-138.
34. SCHANTZ C, SIM KL, LY EM *et al.* Reasons for routine episiotomy: a mixed-methods study in a large maternity hospital in Phnom Penh, Cambodia. *Reproductive Health Matters*, 2015; 23(45): 68-77.
35. SCHNEIDER S. *Impacto nas taxas de lacerações obstétricas do esfíncter anal com o uso restrito da episiotomia em um hospital escola*. Tese (Doutorado em Ginecologia e Obstetrícia). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017, 57 p.
36. SOCOLOV DG, IORGA M, CARAULEANU A *et al.* Pregnancy during adolescence and associated risks: an 8-year hospital-based cohort study (2007–2014) in Romania, the country with the highest rate of teenage pregnancy in Europe. *BioMed Research International*, 2017; 2017: 1-8.
37. THOMPSON R, MILLER YD. Birth control: to what extent do women report being informed and involved in decisions about pregnancy and birth procedures? *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2014; 14(62): 1-9.
38. VILELLA JP, SILVA ISR, MARTINS ERC *et al.*, Episiotomia: sentimentos vivenciados pelas puérperas. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 2016; 24(5): e21822.
39. VOGT SE, SILVA KS, DIAS MAB. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. *Revista de Saúde Pública*, 2014; 48(2): 304-313.
40. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Who recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization, 2018, 210 p.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Melania Maria Ramos de; KATZ, Leila. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 47-54, jan. 2008. Disponível em: <http://institutonascercer.com.br/wp-content/uploads/2014/03/episio_femina.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2018.

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. Violência obstétrica: a dor que cala. In: SIMPÓSIO GÊNERO E SAÚDE PÚBLICA, 3., 2014, Londrina, PR. **Anais...** Londrina: UEL, 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT3_Briena_Padilha_Andrade.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2017.

ANDRADE, Maria Angélica Carvalho; LIMA, João Batista Marinha de Castro. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. p. 19-46. (Cadernos HumanizaSUS, v. 4). Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2017.

BALLESTEROS-MESEGUER, Carmen et al. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 24, p. 1-6, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02686.pdf>. Acesso em: 17 maio 2018.

BOLSONI, Aline Cristina; COELHO, Joeci Amorim. Episiotomia no puerpério: percepção das mulheres. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v. 17, n. 2, p. 199-205, dez. 2016. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/26749/pdf20>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

BRASIL. Decreto Lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940. Código Penal. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1940. Seção 1, p. 23911. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 05 jul. 2017.

BRASIL. Decreto Lei nº 94.406, de 8 de junho de 1987. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 09 jun. 1987. Seção 1, p. 8853. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm>. Acesso em: 07 nov. 2017.

BRASIL. Decreto nº 1.973, de 01 de agosto de 1996. Promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, concluída em Belém do Pará, em 9 de junho de 1994. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 ago. 1996. Seção 1, p. 14471. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1996/decreto-1973-1-agosto-1996-435655-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 02 dez. 2017.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jan. 2002. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 05 jul. 2017.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Lei do Exercício Profissional. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 9273. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 07 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2012. Seção 1. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>. Acesso em: 5 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - A Rede Cegonha. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 05 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/08/Diretrizes-Parto-Normal-resumida-FINAL.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2017.

CAMBOIM, Francisca Elidivânia de Farias et al. História oral de vida temática de mulheres em relação à episiotomia. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [s.l.], v. 24, n. 2, p. 25-32, jul. 2017. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/595>>. Acesso em: 17 mar. 2018.

CARVALHO, Priscila Durães de et al. Percepção de puérperas quanto ao procedimento da episiotomia. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 228-234, maio 2015. Disponível em:

<https://www.unip.br/presencial/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2015/03_jul-set/V33_n3_2015_p228a234.pdf>. Acesso em: 27 maio 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 311**, de 12 de maio de 2007. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: COFEN, 2007. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/resolucao_311_anexo.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução nº 1.931**, de 17 de setembro de 2009. Código de Ética Médica. Brasília, DF: CFM, 2009. Disponível em: <http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2017.

DENGO, Vanessa Aparecida Rezende et al. A episiotomia na percepção de puérperas. **Cogitare Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 3, p. 1-8, 4 out. 2016. Universidade Federal do Paraná. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/309363839_A_EPISIOTOMIA_NA_PERCEPCAO_DE_PUERPERAS?enrichId=rgreq-991b5160957a040aac895e0558153bd9-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMwOTM2MzgZOTtBUzo0MjI4Nzg2ODU0NzA3MjBAMTQ3NzgZMzU0MzIzOQ==&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf>. Acesso em: 17 maio 2018.

DINIZ, Simone. Campanha pela abolição da episiotomia de rotina. In: PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica: “parirás com dor”**. [Brasília, DF]: Parto do Princípio, 2012. Disponível em: <http://docs.wixstatic.com/ugd/2a51ae_6f70af0dbb714e0894a5f84d96318a3f.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2017.

DOSLER, Anita Jug et al. Incidence of episiotomy in Slovenia: The story behind the numbers. **Nursing & Health Sciences**, [s.l.], v. 19, n. 3, p. 351-357, 20 jun. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28631876>>. Acesso em: 17 maio 2018.

FIROUZBAKHT, M et al. The effectiveness of prenatal intervention on pain and anxiety during the process of childbirth-northern Iran: Clinical trial study. **Annals of Medical and Health Sciences Research**, [s.l.], v. 5, n. 5, p. 348-352, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26500792>>. Acesso em: 17 maio 2018.

FRIGO, Jucimar et al. Episiotomia: (des)conhecimento sobre o procedimento sob a ótica da mulher. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, Maringá, v. 2, n. 6, p. 5-10, mar. 2014. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/periodico/20140403_200543.pdf>. Acesso em: 17 maio 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. **Nascer no Brasil: sumário executivo temático: a mãe sabe parir, e o bebê sabe quando e como nascer**. 2012. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Quem espera, espera**. Brasília, DF: UNICEF, 2017. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/quem_espera_espera.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2017.

GARRET, Camylla Aparecida; OSELAME, Gleidson Brandão; NEVES, Eduardo Borba. O uso da episiotomia no Sistema Único de Saúde brasileiro: a percepção das parturientes. **Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 453-459, set. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5560>>. Acesso em: 17 maio 2018.

GUIMARÃES, Nadja Nayara Albuquerque et al. Análise de fatores associados à prática da episiotomia. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 4, n. 12, p. 1046-1053, abr. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/231010/28667>>. Acesso em: 17 maio 2018.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Características. In: _____. **[Site oficial]** Porto Alegre: HCPA, [2017?]. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-apresentacao/institucional-apresentacao-caracteristicas>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

HUSSEIN, Suha Abed Almajeed Abdallah et al. The barriers and facilitators to evidence-based episiotomy practice in Jordan. **Women Birth**, New York, v. 4, n. 29, p. 321-329, Aug. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26837603>>. Acesso em: 17 maio 2018.

JIANG, Hong et al. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2, CD000081, p. 1-50, 2017. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub3/abstract>>. Acesso em: 07 jul. 2017.

KILPATRICK, Sarah; GARRISON, Etoi. Trabalho de parto e parto normais. In: GABBE, Steven G. et al. (Org.). **Obstetrícia: gravidez normal e patológica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. cap. 13, p. 267-286.

MARTINS, Ana Cláudia Magnus. **Fatores associados à maior satisfação das mulheres com o atendimento ao parto em maternidades no Sul do Brasil**. 2017. 58 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/179027>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

MARTINS-COSTA, Sérgio H. et al. Assistência do Trabalho de Parto. In: MARTINS-COSTA, Sérgio H. et al. (Org.). **Rotinas em obstetrícia**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. cap. 21, p. 343-364.

MEDEIROS, Nathália Costa Melquiades de et al. Violência obstétrica: percepções acerca do parto normal. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 16, n. 3, p. 503-528, 2016. Disponível em: <<http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/09/16331.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2018.

ODENT, Michel. Hormônios do amor e parto. In: _____. **A cientificação do amor**. São Paulo: Terceira Margem, 2000. cap. 3. p. 10-15.

ONOFRE, Bianca Ferreira. **Mulheres submetidas à episiotomia e as informações quanto à realização deste procedimento**. 2014. 49 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1996. 54 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_por.pdf?sequence=3>. Acesso em: 27 maio 2018.

OSAVA, Ruth Hitomi; TANAKA, Ana Cristina D'andretta. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 96-108, abr. 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v31n1/v31n1a08.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2018.

OWA, Olorunfemi; ENIOWO, Akinbowale; ILESANMI, Olayinka. Factors associated with episiotomy among parturients delivering in a tertiary care centre in Nigeria. **International Journal of Research in Medical Sciences**, [s.l.], v. 3, n. 4, p. 836-840, 2015. Disponível em: <<http://www.msjonline.org/index.php/ijrms/article/view/1391>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

OULD, Sir Field. **Treatise of midwifery**. Dublin: Nelson and Connor, 1742. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=ldg-AAAaAAAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em: 09 abr. 2018.

PARTO DO PRINCÍPIO; FÓRUM DE MULHERES DO ESPÍRITO SANTO. **Episiotomia**: é só um cortezinho: violência obstétrica é violência contra a mulher: mulheres em luta pela abolição da episiotomia de rotina. São Paulo: Parto do Princípio; Fórum de Mulheres do Espírito Santo, 2014. Disponível em: <http://media.wix.com/ugd/2a51ae_eb147c28c9f94840809fa9528485d117.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2017.

PARTO DO PRINCÍPIO. **Violência obstétrica**: “parirás com dor”. [Brasília, DF]: Parto do Princípio, 2012. Disponível em: <http://docs.wixstatic.com/ugd/2a51ae_6f70af0dbb714e0894a5f84d96318a3f.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2017.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo et al. Resultados maternos e neonatais dos partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras e médicos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 4, n. 14, p. 831-840, out. 2012. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/pdf/v14n4a11.pdf>>. Acesso em: 30 abr. 2018.

PIETROWSKI, Karen A. Cuidado de enfermagem a família durante o trabalho de parto e parto. In: LOWDERMILK, Deitra Leonard et al. **Saúde da mulher e enfermagem obstétrica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. cap. 19, p. 429-466.

PITANGUI, Ana Carolina Rodarti et al. Ocorrência e fatores associados à prática de episiotomia. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 2, n. 8, p. 257-263, fev. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/9669/9702>>. Acesso em: 17 maio 2018.

POMPEU, Kelen da Costa et al. Prática da episiotomia no parto: desafios para a enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São João del Rey, v. 7, e1142, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1142>>. Acesso em: 07 nov. 2017.

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

RATTNER, Daphne et al. Os movimentos sociais na Humanização do Parto e do Nascimento do Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. p. 109-132. (Cadernos HumanizaSUS, v. 4). Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/caderno_humanizasus_v4_humanizacao_parto.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2017.

RASOULI, Masoumeh et al. Prevalence and Factors Associated With Episiotomy in Shahrud City, Northeast of Iran. **International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences**, [s.l.], v. 4, n. 3, p. 125-129, 27 May 2016. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/305642266_Prevalence_and_Factors_Associated_With_Episiotomy_in_Shahrud_City_Northeast_of_Iran?enrichId=rgreq-7599724cb39ae91f07f63f57f1df090aXXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzMwNTY0MjI2NjUzODg3NTAxNTM2NjY1NjVAMTQ2OTY5NjY2ODUzOA==&el=1_x_2_esc=publicationCoverPdf>. Acesso em: 17 maio 2018.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez. Nascer no Brasil: uma questão de hierarquia das intervenções no parto. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 36, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300007&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 01 dez. 2017.

RIESCO, Maria Luiza Gonzalez et al. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 77-83, jan. 2011. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a13.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

ROCHA, Mágda Jardim; GRISI, Erika Porto. Violência obstétrica e suas influências na vida de mulheres que vivenciaram essa realidade. **Id Online Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, Pernambuco, v. 11, n. 38, p. 623-635, [s.l.], 2017. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/931>>. Acesso em: 06 jun. 2018.

SAGI-DAIN, Lena; SAGI, Shlomi. The correct episiotomy: does it exist? A cross-sectional survey of four public Israeli hospitals and review of the literature. **International Urogynecology Journal**, [s.l.], v. 26, n. 8, p. 1213-1219, Apr. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25831995>>. Acesso em: 05 jan. 2018.

SALGE, Ana Karina Marques et al. Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 4, p. 779-785, nov. 2012. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/pdf/v14n4a05.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

SANTANA, Vilma Sousa; CUNHA, Sérgio. Estudos transversais. In: FILHO, Neomar de A.; BARRETO, Maurício L. (Org.). **Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos e aplicações**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 16, p. 186-193. Disponível em: <<http://site.ebrary.com/lib/minhabibliotecaufrgs/reader.action?docID=10707170&ppg=20>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

SANTOS, Arielly Duarte Rabelo et al. Episiotomia: a dor de um parto. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju, v. 4, n. 1, p. 131-138, mar. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/4022>>. Acesso em: 01 dez. 2017.

SANTOS, Rafael Cleison Silva dos; SANTOS, Rodrigo Gomes dos. Fatores relacionados com a prática da episiotomia no Brasil: revisão de literatura. **Estação Científica (UNIFAP)**, Macapá, v. 6, n. 2, p. 43-52, maio/ago. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unifap.br/index.php/estacao/article/view/1699>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

SCHANTZ, Clémence et al. Reasons for routine episiotomy: A mixed-methods study in a large maternity hospital in Phnom Penh, Cambodia. **Reproductive Health Matters**, [s.l.], v. 23, n. 45, p. 68-77, Jan. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26278834>>. Acesso em: 27 maio 2018.

SCHNEIDER, Samanta. **Impacto nas taxas de lacerações obstétricas do esfíncter anal com o uso restrito da episiotomia em um hospital escola**. 2017. 57 p. Tese (Doutorado em Ginecologia e Obstetrícia)-Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/172546>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

SILVA, Michelle Gonçalves da et al. Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 4, p. 720-728, out. 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11479/1/2014_art_mgsilva.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2017.

SOCOLOV, Demetra-gabriela et al. Pregnancy during adolescence and associated risks: an 8-year hospital-based cohort study (2007–2014) in Romania, the country with the highest rate of teenage pregnancy in Europe. **Biomed Research International**, [s.l.], v. 2017, p. 1-8, 2017. Disponível em: <<https://www.hindawi.com/journals/bmri/2017/9205016/>>. Acesso em: 17 maio 2018.

THOMPSON, Rachel; MILLER, Yvette D. Birth control: to what extent do women report being informed and involved in decisions about pregnancy and birth procedures? **BMC Pregnancy and Childbirth**, [s.i.], p. 1-9, 2014. Disponível em: <<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-62>>. Acesso em: 17 maio 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Observatório da Violência Obstétrica no Brasil. **[Site oficial]** Porto Alegre: UFRGS, [2017?]. Disponível em: <<https://www.observatoriovobrasil.com.br/blank-2>>. Acesso em: 09 abr. 2018.

VILLELA, Janaina Pacheco et al. Episiotomia: sentimentos vivenciados pelas puérperas. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, p. 1-5, 2016. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v24n5/v24n5a05.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2018.

VOGT, Sibylle Emilie; SILVA, Katia Silveira da; DIAS, Marcus Augusto Bastos. Comparação de modelos de assistência ao parto em hospitais públicos. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 304-313, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n2/0034-8910-rsp-48-2-0304.pdf>>. Acesso em: jun. 2018.

WEEKS, Fiona et al. Labor and birth care satisfaction associated with medical interventions and accompaniment during labor among chilean women. **Journal of Midwifery and Women's Health**, [s.l.], v. 62, n. 2, p. 196-203, ago. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27543442>>. Acesso em: 06 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who recommendations:** Intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization, 2018. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=A105024F7705C98F70DABB456C746477?sequence=1>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

ZANARDO, Gabriela Lemos de Pinho et al. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 29, p. 1-11, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822017000100218&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 27 maio 2018.

ZHANG, Hongyu et al. A randomised controlled trial in comparing maternal and neonatal outcomes between hands-and-knees delivery position and supine position in China. **Midwifery**, [s.l.], v. 50, p. 117-124, July 2017. Disponível em: <[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(17\)30236-X/fulltext](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(17)30236-X/fulltext)>. Acesso em: 03 jan. 2018.

ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição e nascimento

Nº _____

Leito: _____ Registro hospitalar: _____

Data da entrevista: | | || | || | | Horário da entrevista: | | || | | |

Telefone celular: () _____ Telefone residencial () _____

Entrevistadora: _____

INFORMAÇÕES DO PRONTUÁRIO

Dados da admissão obstétrica (ficha de admissão da gestante/Aba Acomp. Gestações/Consulta)

3. Número de consultas de pré-natal (0 = não fez pré-natal) *Quando não tiver esse registro na ficha de admissão, vide carteira pré-natal	
--	--

Dados do parto (Aba Acomp. Gestações)

15. Condições do períneo [1] Íntegro [2] Episiorrafia [3] Laceração [77] Não se aplica (Teve cesariana)	
---	--

INFORMAÇÕES DA PUÉRPERA

Informações pessoais

35. Idade (em anos completos):	
36. Cor da pele (autodenominada): [1] Branca [2] Preta [3] Parda/morena/mulata [4] Amarelo [5] Indígena	
37. Escolaridade (série/anos completos) [0] Sem escolaridade (menos de um ano) <i>Ensino Fundamental</i> <i>Ensino Médio</i> <i>Superior</i> [1] 1º série [5] 5º série [9] 1º série [12] 1º ano [16] 5º ano [2] 2º série [6] 6º série [10] 2º série [13] 2º ano [3] 3º série [7] 7º série [11] 3º série [14] 3º ano [4] 4º série [8] 8º série [15] 4º ano	
38. Situação marital: [0] Não tem companheiro(a) [1] Tem companheiro(a)	

Informações do pré-natal

40. Paridade (via vaginal e cesariana) (0 = primigesta – nenhum parto anterior)	
---	--

PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Condições do períneo (pular em caso de cesariana e preencher 77 em todas)

<p>121. Você sabe como ficou o seu períneo (vagina) depois do parto?</p> <p>[1] Não rompeu, não cortou e não deu pontos [2] Rompeu um pouco, mas não precisou dar pontos [3] Não levei pontos, mas não sei se rompeu [4] Rompeu e deram pontos [5] Cortaram e deram pontos (episiotomia) [6] Levei pontos, mas não sei se rompeu ou se o médico cortou [88] Não soube informar</p>	<input type="checkbox"/>
<p>123. Foi avisada que iria ser feito o corte?</p> <p>[0] Não [1] Sim [77] Não se aplica (não foi realizado episiotomia)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<p>124. Foi explicado o motivo de ter realizado o corte?</p> <p>[0] Não [1] Para aumentar a passagem para o bebê [2] Para nascer mais rápido [3] Outros: _____ [77] Não se aplica (não foi realizado episiotomia) [88] Não soube informar</p>	<input type="checkbox"/>

ANEXO B – PARECER DA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Dados Gerais:

Projeto Nº:	30187	Título:	PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO E NASCIMENTO
Área de conhecimento:	Enfermagem	Início:	08/12/2015
		Previsão de conclusão:	30/12/2017
Situação:	Projeto em Andamento		
Origem:	Escola de Enfermagem	Projeto da linha de pesquisa: Fundamentos e Práticas de Enfermagem em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente	
Local de Realização:	não informado		
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.			
Objetivo:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Analisar as práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturção e nascimento em um hospital universitário </div>		

Palavras Chave:

TRABALHO DE PARTO; PARTO; PRÁTICAS DE ATENDIMENTO

Equipe UFRGS:

Nome: HELGA GEREMIAS GOUVEIA
 Coordenador - Início: 08/12/2015 Previsão de término: 30/12/2017

Nome: ANNELISE DE CARVALHO GONCALVES
 Pesquisador - Início: 08/12/2015 Previsão de término: 30/12/2017

Nome: CLAUDIA JUNQUEIRA ARMELLINI
 Pesquisador - Início: 08/12/2015 Previsão de término: 30/12/2017

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 29/12/2015 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 29/12/2015 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

**ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DO GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO DO HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO E NASCIMENTO

Pesquisador: Helga Geremias Gouveia

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51729415.6.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.394.513

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto GPPG ou CAAE _____

Título do Projeto: Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição e nascimento.

Você ou a pessoa pela qual você é responsável está sendo convidada a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar as práticas de atendimento durante o seu trabalho de parto e parto e nascimento do seu bebê. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Enfermagem Materno-Infantil do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você concordar com a participação na pesquisa, os procedimentos envolvidos são os seguintes: serão realizadas algumas perguntas sobre você e seu bebê, como foi sua assistência no pré-natal, trabalho de parto, parto e nascimento e também serão consultadas algumas informações em seu prontuário e de seu bebê. As respostas serão anotadas em um formulário em papel. A aplicação do questionário terá uma duração em torno de 15 a 20 minutos.

Não são conhecidos riscos pela participação na pesquisa. Porém, a aplicação do questionário poderá causar algum desconforto, devido ao tempo de resposta ao questionário ou a alguma pergunta realizada.

Sua participação na pesquisa não trará benefícios diretos a você, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto desse estudo e poderá beneficiar futuros pacientes com melhorias na qualidade do atendimento.

A participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não autorizar a participação, ou ainda, retirar a autorização após a assinatura desse Termo, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que o participante da pesquisa recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela participação na pesquisa e não haverá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante da pesquisa, o participante receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, os nomes não aparecerão na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Profa. Helga Geremias Gouveia, pelo telefone 3359-8598, com a pesquisadora Annelise de Carvalho Gonçalves, pelo telefone 3359-7797 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Rubrica do responsável _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 1 de 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e seu responsável e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa:

Assinatura

Nome do responsável (*se aplicável*)

Assinatura (*se aplicável*)

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

Rubrica do responsável _____

Rubrica do pesquisador _____

Página 2 de 2

ANEXO E – TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS



Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação


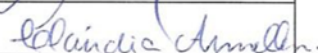

Termo de Compromisso para Utilização de Dados

Título do Projeto

PRÁTICAS DE ATENDIMENTO IMPLEMENTADAS DURANTE O PROCESSO DE PARTURIÇÃO E NASCIMENTO	Cadastro no GPPG
--	-------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 7 de dezembro de 2015.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Annelise de Carvalho Gonçalves	
Claudia Junqueira Armellini	
Helga Geremias Gouveia	

ANEXO F – TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DE DADOS DA PESQUISA**Declaração**

Eu, Profa Dra Helga Geremias Gouveia, coordenadora da pesquisa “Práticas de atendimento implementadas durante o processo de parturição e nascimento”, registrada (nº 150591) e aprovada (parecer nº: 1.394.513) pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e registrada na Plataforma Brasil com CAAE nº 51729415.6.0000.5327, autorizo a acadêmica Bruna de Oliveira Jochims a utilizar as variáveis abaixo especificadas para desenvolvimento do seu Trabalho de Conclusão de Curso:

- a) Caracterização da amostra: idade, cor, escolaridade, situação marital, número de gestações, paridade, número de consulta pré-natal, idade gestacional e peso do recém-nascido.
- b) Condições do períneo.


Profa Dra Helga Geremias Gouveia

Porto Alegre, 12 de julho de 2017.

ANEXO G – PARECER DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELA COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Dados Gerais:

Projeto Nº:	33799	Título:	INFORMACOES SOBRE EPISIOTOMIA RECEBIDAS POR MULHERES DURANTE PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO		
Área de conhecimento:	Enfermagem Obstétrica	Início:	15/09/2017	Previsão de conclusão:	15/07/2018
Situação:	Projeto em Andamento				
Origem:	Escola de Enfermagem	Projeto da linha de pesquisa: Cuidado de enfermagem na saúde da mulher, criança, adolescente e família			
Local de Realização:	não informado				
Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.					
Objetivo:	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> IDENTIFICAR AS INFORMAÇÕES RECEBIDAS SOBRE A EPISIOTOMIA PELAS MULHERES DURANTE O PROCESSO DE PARTO E NASCIMENTO. </div>				

Palavras Chave:

EPISIOTOMIA
PARTO

Equipe UFRGS:

Nome: CLAUDIA JUNQUEIRA ARMELLINI
Coordenador - Início: 15/09/2017 Previsão de término: 15/07/2018

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 11/09/2017 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

Anexos:

Projeto Completo	Data de Envio: 22/08/2017
Outro	Data de Envio: 22/08/2017
Documento de Aprovação	Data de Envio: 22/08/2017
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	Data de Envio: 22/08/2017
Documento de Aprovação	Data de Envio: 22/08/2017
Instrumento de Coleta de Dados	Data de Envio: 22/08/2017

ANEXO H – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGOS À REVISTA ACERVO SAÚDE

Normas gerais

ARTIGOS ORIGINAIS	Máximo de 3.500 palavras, excluindo resumos, figuras e referências
<p>Inclui trabalhos que apresentem dados originais de descobertas relacionadas a aspectos experimentais ou de observação, voltados para investigações qualitativas ou quantitativas em áreas de interesse para a saúde. Inclui estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais e avaliação de desempenho de testes diagnósticos. Quanto à formatação, devem seguir a estrutura convencional: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, Conclusão e Referências.</p>	

Estrutura dos Artigos	
Título	O título completo deve ser conciso e informativo, limitados 150 caracteres sem espaços, em Português, Inglês e Espanhol com precisão e fidedignidade textual entre os três idiomas.
Nome e vínculo Dos autores	O(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo e da(s) respectiva(s) instituição(ões) devem ser escritos por extenso, com endereço completo, telefone e <u>E-MAIL</u>(>>todos autores<<). O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor responsável.

Resumo	Limitados a 250 palavras, em Português (Resumo), Inglês (Abstract) e Espanhol (Resumen) com precisão e fidedignidade textual entre os três idiomas. Devem estar estruturados em Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões.
Palavras-chave	No mínimo 3 e máximo 5 (Português, Inglês e Espanhol) As palavras-chave devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde.
Introdução	Deve ser sucinta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo.
Métodos	Devem descrever de forma clara e sem prolixidade as fontes de dados, a população estudada, a amostragem, os critérios de seleção, procedimentos analíticos e questões relacionadas à aprovação do estudo por comitê de ética em pesquisa (CEP).
Resultados	Devem se limitar a descrever os resultados encontrados, sem incluir interpretações e/ou comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito nas figuras.
Discussão	Deve incluir a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações, a comparação dos achados com a literatura, as limitações do estudo e eventuais indicações de caminhos para novas pesquisas.
Conclusão	Deve ser pertinente aos dados apresentados. Limitada a um parágrafo final.
Referências	Máximo de 40, devem incluir apenas aquelas estritamente relevantes ao tema abordado.

Figuras	Limitadas a 5 no total (podendo incluir tabelas, gráficos ou figuras); nelas devem constar apenas dados imprescindíveis.
----------------	---

1. A REAS/JECH aceita artigos redigidos em Português, Inglês e Espanhol.

1.1. O(s) autor(es) devem atentar para o fato de que o resumo e as palavras-chave devem ser apresentados nos 3 idiomas (Português, Inglês e Espanhol).

2. Título e nome dos autores

2.1. O título completo deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres sem espaços.

2.2. O título corrido poderá ter máximo de 50 caracteres sem espaços.

2.3. O(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo e da(s) respectiva(s) instituição(ões) devem ser escritos por extenso, com endereço completo, telefone e E-MAIL (TODOS AUTORES).

2.4. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor responsável do artigo.

2.5. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

3. Resumo

3.1. No máximo 250 palavras e nos 3 idiomas (Português, Inglês e Espanhol)

3.2. O resumo deve ser um breve relato do que foi feito, o que foi encontrado e o que foi concluído.

3.3. As abreviaturas devem ser evitadas tanto quanto possível e deve ser definida.

3.4. Serão aceitos resumos estruturados e não estruturados.

3.4.1. Caso o(s) autor(es) opte(m) por resumo estruturado devem seguir as instruções:

3.4.1.1. O texto deve conter um único parágrafo.

3.4.1.2. Os tópicos (Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusão) devem ser destacados em negrito.

4. Palavras-chave

4.1. No mínimo 3 e máximo 5 (Português, Inglês e Espanhol)

4.2. As palavras-chave devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde.

5. Introdução

5.1. Deve ser compreensível para o leitor em geral e deve conter uma declaração clara do motivo do trabalho.

5.2. Não deve conter os resultados ou as conclusões.

6. Métodos

6.1. O(s) autor(es) devem dar informações suficientes no texto ou por referência para que permitir o trabalho possa ser repetido.

7. Resultados

7.1. Os autores devem descrever precisamente os resultados.

7.2. Esta seção não deve conter o material apropriado para a seção Discussão.

8. Considerações finais (opcional)

8.1. Caso os autores considerem necessária inclusão de informações pertinentes.

9. Discussão/Conclusão

9.1. Não deve conter resultados.

9.2. Deve ser pertinente aos dados apresentados.

10. Referências

10.1. Os nomes científicos, incluindo os gêneros e categorias infragenéricas, deverão estar em itálico.

10.2. As siglas e abreviaturas, quando utilizadas pela primeira vez, deverão ser precedidas do seu significado por extenso. Ex.: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

10.3. As citações de autores no texto deverão seguir os seguintes exemplos:

Início de frase - 1 autor - Baptista (2002);

- 2 autores - Souza e Barcelos (2012);

- 3 ou mais autores - Porto et al. (1989);

Final de frase - 1, 2, 3 ou mais autores, subsequente (BAPTISTA, 2002; SOUZA e BARCELOS, 2012; PORTO et al., 1989).

10.3.1. Citar o(s) autor(es) das espécies apenas uma vez a cada parágrafo em que as mesmas forem referidas.

10.3.2. Não serão aceitas citações de resumos de simpósios, encontros ou congressos.

10.3.3. Comunicações pessoais não deverão ser incluídas na lista de Referências, mas poderão ser citadas no texto.

10.4. Caso seja utilizado números, deve ser escrito por extenso, a menos que sejam seguidos de unidade de medida. Não utilizar espaço para separar as unidades de medidas dos valores. A posição preferencial de cada figura ou tabela poderá ser indicada no texto. Sempre verifique que as figuras e tabelas estejam citadas no texto. No texto, use abreviaturas (Fig. 1 e Tab. 1, por exemplo). Evitar notas de rodapé. Se necessárias, utilizar numeração arábica em seqüência.

10.5. As referências deverão ser numeradas em ordem alfabética seguir os seguintes exemplos:

Artigos devem ser citados como:

1 autor - JÚNIOR CC. Trabalho, educação e promoção da saúde. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2014; 6(2): 646-648.

2 autores - QUADRA AA, AMÂNCIO AA. A formação de recursos humanos para a saúde. Ciência e Cultura, 1978; 30(12): 1422-1426.

3 ou mais autores - BONGERS F, POPMA J, MEAVE J et al. Structure and floristic composition of the lowland rain forest of Los Tuxtlas, Mexico. Vegetatio, 1988; 74: 55-80.

Livros devem ser citados como:

- BRUMMIT RK, POWELL CE. Authors of plant names. Kew: Royal Botanic Gardens, 1998; 732 p.

- CLEMENT S, SHELFORD VE. Bio-ecology: an introduction. 2nd ed. New York: J. Willey, 1966; 425 p.

- FORTES AB. Geografia física do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Globo, 1959; 393 p.

- UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Educação. Laboratório de Ensino Superior. Planejamento e organização do ensino: um manual

programado para treinamento de professor universitário. Porto Alegre: Globo; 2003; 400 p.

Teses e Dissertações devem ser citados como:

- DILLENBURG LR. Estudo fitossociológico do estrato arbóreo da mata arenosa de restinga em Emboaba, RS. Dissertação (Mestrado em Botânica) – Instituto de Biociências. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1986; 400 p.

Links de páginas disponíveis na Internet devem ser citadas como:

- POLÍTICA. 1998. In: DICIONÁRIO da língua portuguesa. Lisboa: Priberam Informática. Disponível em: Acesso em: 8 mar. 1999.

11. Conflito de interesses

11.1. Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

11.1.1. O formulário encontra-se na aba “Formulários”.

12. Autores e Colaboradores

12.1. Os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do International Committee of Medical Journal Editors

12.1.1. O reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos:

12.1.1.1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados

12.1.1.2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual

12.1.1.3. Aprovação final da versão a ser publicada.

12.1.1.4. Essas três condições devem ser integralmente atendidas por todos autores do trabalho.

13. Agradecimentos

13.1. Menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem co-autores.

14. Financiamento

14.1. Esta informação deverá ser fornecida na forma de uma frase com a agência de financiamento por extenso seguido do número de concessão entre colchetes.

15. Ensaios clínicos, uso de animais e/ou humanos

15.1. Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos ou de uso de animais e/ou humanos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro dos comitês responsáveis.

15.2. De acordo com a recomendação da BIREME/OPAS/OMS sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da Organização Mundial da Saúde - OMS, do International Committee of Medical Journal Editors.

15.3. A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki, da World Medical Association.

16. Procedimentos para a revisão dos trabalhos

16.1. São detalhadas na aba “Política Editorial”.

16.2. Serão aceitos somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente.

16.3. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão.

16.3.1. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado.

17. Direitos autorais

17.1. A REAS/JECH é registrada em nome de Diego Andreazzi Duarte, o único proprietário da revista.

17.2. Para a distribuição e divulgação ampla do artigo os autores devem conceder a transferência dos direitos autorais a revista nos momentos da submissão.

17.3.1. O termo de transferência dos direitos autorais encontra-se na aba: “Formulários”.

Fonte: <https://www.acervosaude.com.br/instrucoes_16.html>.