



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde
Coordenadoria Geral de Especializações, Aperfeiçoamento e
Extensão
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA



Michele Rodrigues de Lima
Sheila de Jesus Pinto Miranda

EPISIOTOMIA: O USO DO PROCEDIMENTO POR PARTE
DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS

SOROCABA/SP

2014

MICHELE RODRIGUES DE LIMA
SHEILA DE JESUS PINTO MIRANDA

**EPISIOTOMIA: O USO DO PROCEDIMENTO POR PARTE
DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS**

Trabalho de Conclusão de Curso,
apresentado como exigência para obtenção
do Certificado de Especialização em
Enfermagem Obstétrica sob orientação da
Prof^a Ms. Marília Deltreggia Benites

Aprovado em: ____/____/____

Ficha Catalográfica

Lima, M R; Miranda, S J P.

Episiotomia: O Uso do Procedimento por Parte do Enfermeiro Obstetra/ Michele Rodrigues de Lima/ Sheila de Jesus Pinto Miranda - Sorocaba, 2014.

39f. ; 29 cm

Orientadora: Profª Mestre Marília Deltreggia Benites

Monografia (Especialização Lato Sensu)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo-PUC-FCMS-Pós-Graduação Em Obstetrícia-PUC-SP/COGEAE, 2014.

1. Episiotomia. 2. Humanização em Enfermagem. 3. Parto Normal. Lima, M R; Miranda, S J P.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela dádiva da vida e pela liberdade de escolha que nos possibilita protagonizar nossa história, sem ele não teríamos traçado esse caminho de luz e esperança, não nos deixando desistir de nossos sonhos, e através de nossa fé, nos reergueu nos momentos mais difíceis e feito a escolha pela enfermagem obstétrica.

Aos nossos familiares em especial os maridos Anderson e Cristiano que nos momentos de ausência dedicados ao estudo, sempre fizeram entender que o futuro, é feito a partir da constante dedicação no presente.

A nossa orientadora Prof^ª Ms. Marília Deltreggia Benites, que desde o início, confiou em nossas ideias, e nos incentivou a desenvolvê-las. Por exigir de nós muito mais do que supúnhamos ser capazes de fazer. Agradecemos por transmitir seus conhecimentos e por fazer disso uma experiência positiva e por ter confiado em nós, sempre estando nos orientando e dedicando parte do seu tempo a nós.

As colegas de turma e as Enfermeiras Obstetras que nos acompanharam durante os estágios, que fortaleceram os laços da igualdade, num ambiente fraterno e respeitoso, e pela amizade construída .

“Humanização é uma atividade de dimensão humana, gerida pelo coração, sensível às necessidades dos outros. É o relacionamento inter-humano, afetivo e emocional, que tem como prioridade conferir aos outros a dignidade a que têm direito como pessoa humana. É proporcionar-lhes condições de vida, independentemente da sua condição social, económica, política ou religiosa. É o comprometimento total e responsável das nossas ações na relação com o outro. A humanização é a missão de todos, e de cada um de nós. É gostar de si próprio, porque quem não gosta de si dificilmente poderá gostar do “outro”. É deixar-se tocar pelo sofrimento humano. Expressar sentimentos sinceros. É agir com caridade, generosidade e compaixão, considerando a individualidade de cada um. Ser leal aos princípios da boa educação, da moral e da ética. Essencialmente é a construção de valores morais e éticos, respeito pelas crenças, saberes, deveres e limites da expressão verbal. Sem ética não há humanização.”

<http://netsafe.blogs.sapo.pt/>

RESUMO

No mundo contemporâneo onde é visível as mudanças em relação a gestação e ao parto. Observando que a globalização está sendo uma aliada para essas transformações, os recursos virtuais são agregadores para que haja a disseminação das informações. Já que o modo de parir é uma questão que está em pauta não somente no Brasil como em outros países. A mídia seja ela falada ou escrita, os cursos de especialização em obstetrícia traz informações a todo o momento no intuito de esclarecer os benefícios do parto fisiológico sem intervenções desnecessárias. O objetivo do estudo foi identificar o conhecimento dos enfermeiros obstetras em relação a episiotomia, que critérios são utilizados pelos mesmos para a realização da episiotomia nos dias de hoje. Diante da pesquisa realizada foi possível encontrar artigos que postulam comentários sobre a episiotomia sendo possível compreender que este procedimento deve ser abolido ou seletivo, ou seja, realizado somente como ultimo recurso. Ainda a seleção dos artigos em relação a episiotomia é vista como violência, assim como a mulher é tratada durante o processo do trabalho de parto e o da parturição. Ressaltando, que ainda há paradigmas a serem quebrados, onde, instituições estão vivenciando as mudanças, porém, com restrições para que isso ocorra. Desta forma, a pesquisa mostrou que há enfermeiros obstetras que vivenciam estas restrições, denotando a dificuldade de colocar na prática aquilo que as evidências apontam como necessárias para a melhoria do atendimento obstétrico no período gestacional e no momento do parto.

Descritores : Episiotomia, Parto normal, humanização.

ABSTRACT

In today's world where it is visible the changes regarding pregnancy and childbirth. Noting that globalization is being an ally to these transformations, virtual resources are aggregators so there is the dissemination of information. Since the mode of giving birth is an issue that is at stake not only in Brazil and in other countries. The media either spoken or written , the specialization courses in obstetrics provides information at all times in order to clarify the benefits of physiological birth without unnecessary interventions . The aim of the study was to identify the knowledge of midwives regarding episiotomy, what criteria are used by the same to the implementation of episiotomy today. Before the survey was able to find articles that posit comments about episiotomy being possible to understand that this procedure should be abolished or selective, performed only as a last resort. Although the selection of articles regarding episiotomy is seen as violence, as the woman is treated during the process of labor and parturition. Emphasizing that there is still to be broken paradigms, where institutions are experiencing changes, but with restrictions for this to occur. Thus, research has shown that there are midwives who experience and restrictions demonstrating the difficulty of putting into practice what the evidence points as necessary for the improvement of obstetric care during pregnancy and at delivery.

Descriptors: Episiotomy, Normal delivery, humanizat

SUMÁRIO

1 Introdução.....	8
2 Objetivos.....	11
2.1 Objetivo Geral	11
2.2 Objetivos Específicos	11
3 Justificativa.....	12
4 Metodologia.....	13
5 Humanização no Parto.....	14
6 Violência Obstétrica	20
7 Conhecimento Técnico Científico das Enfermeiras Obstetras em Relação a Episiotomia ...	24
8 Breve Histórico da Episiotomia.....	26
9 Considerações Finais	29
Referências	31
Anexos.....	35
Anexo 1	35
Anexo 2	36
Anexo 3	37
Anexo 4	38

1 INTRODUÇÃO

A episiotomia é um procedimento cirúrgico que consiste na incisão do períneo com o objetivo teórico de ampliar o canal de parto e facilitar o desprendimento do concepto, podendo ser, mediana, lateral e médio lateral¹ (figura 2).

Uma vez que as evidências científicas demonstram que o procedimento de rotina não é necessário e pode ser prejudicial, há que se entender que sua realização sistemática por obstetras segue um padrão ritualístico, característico do modelo tecnocrático apresentado por Robbie Davis-Floyd². Em sua tese de doutorado, Diniz² faz referência ao discurso de uma médica que afirmava conhecer as evidências, mas que continuava realizando episiotomias porque na hora “a mão vai sozinha”².

Portanto, a episiotomia consiste em uma incisão cirúrgica no períneo da mulher para ampliar o canal de parto, preservando a integridade do assoalho pélvico e restaurando a condição pré-parto a musculatura pélvica e a anatomia vaginal³. Seu objetivo atual é acelerar a entrega, no caso de sofrimento fetal e aumentar a área de passagem em casos de partos instrumentais ou distocia de ombro³. Podemos verificar no transcrito quais são os partos que realmente devem ser utilizadas o procedimento da episiotomia e que o emprego desta precisa ser bem avaliada e criteriosa.

Nos dias atuais, muitos questionamentos estão sendo abordados em relação a este procedimento durante o parto normal vários movimentos estão reivindicando “o parto normal sem intervenções”, neste caso, a episiotomia é um tema relevante.

Na maioria dos países ocidentais, a episiotomia é recomendada apenas em indicação³. Notamos que a preocupação em relação à episiotomia é global, sendo, de cunho social e abrangente em todas as esferas.

É importante destacar que como qualquer procedimento cirúrgico a episiotomia é também responsável por complicações, como extensão da lesão perineal, hemorragia, edema, infecção, hematoma, dispareunia, fístulas retovaginais, mionecrose, intoxicação neonatal com lidocaína, reações de hipersensibilidade ao anestésico, endometriose na cicatriz, necessidade de correção cirúrgica por problemas de cicatrização irregular ou excessiva, dor após o parto e rejeição materna ao neonato devido à dor⁴. Por isso, que atualmente, evidências têm nos mostrado que há muitos danos para a mulher, respeitar seu corpo, incorporar novas condições fisiológicas para um parto normal não invasivo seria o ideal para que assim possamos integrar o conceito humanização e parto nesta nova era, onde a mulher seja protagonista e sinta-se emponderada neste momento singular de sua vida.

A dor perineal é descrita pela literatura como seqüela frequente do processo de parturição, sendo caracterizada como aguda e considerada a causa mais comum de morbidade no puerperio⁵. Quando ocorre a episiotomia, a dor será uma conseqüência, todavia, o que deve ser questionado é se esse procedimento é realmente necessário. Notamos que, durante o trabalho de parto, há várias maneiras de condução e indução para um parto sem traumas como, posições adequadas, massagens de conforto, banhoterapia, deambulação, ambiente calmo e acompanhante são um conjunto de situações que podem favorecer um parto mais fisiológico possível.

Tudo isso que foi citado anteriormente, quando não realizado, pode trazer danos para a mulher como a manifestação dolorosa na região perineal pode ocorrer por trauma, especialmente no período expulsivo do parto vaginal⁶. Sendo assim, o trauma perineal é definido como a perda da integridade dos tecidos da região genital durante o parto, ocasionado por lesão cirúrgica (episiotomia) ou espontânea⁶. Desta forma, o que ocorre antes do parto pode beneficiar o não acometimento do trauma podendo até mesmo não ocorrer a laceração, que é o rompimento espontâneo do tecido do períneo.

Portanto, a literatura chama a atenção para a prática da episiotomia e da episiorrafia, que parecem ser os procedimentos que causam maiores desconfortos no pós-parto. Atualmente, o uso rotineiro de tal procedimento passa a ser questionado devido às diversas conseqüências provocadas ao assoalho pélvico feminino⁷. Estas conseqüências estão relacionadas com a dor no ato sexual, micção espontânea, sensibilidade local entre outros.

Verificamos que, as evidências apontam para a diminuição da morbi-mortalidade materna, quando se associa a realização de partos no interior de uma instituição de saúde com a presença de um profissional capacitado para atendê-lo⁷. No entanto, a melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e também perinatal vem sendo acompanhada pelo uso exagerado de procedimentos, tais como: o parto cirúrgico, a monitorização fetal eletrônica (MFE), o uso rotineiro de ocitocina para indução do parto, e da utilização rotineira da episiotomia, caracterizando a medicalização e a instrumentalização da atenção obstétrica⁷. O que vemos hoje é a busca para a minimização dos traumas ocasionados pelos partos invasivos e o uso rotineiro de técnicas, medicalizações muitas vezes dispensável neste momento.

A intervenção da episiotomia é algo que tem sido, infelizmente, um procedimento rotineiro, isso faz com que haja uma percepção melhor para que possa haver mudanças nesta realidade durante a parturição no intuito que o parto seja em evento totalmente fisiológico. Com a institucionalização do parto, desde a década de 40 do século passado o uso de

intervenções muitas vezes inúteis e desnecessárias tornou-se cada vez mais frequentes. A realização de episiotomia é um destes exemplos. Utilizado rotineiramente, este procedimento perdeu seu enfoque seletivo e ganhou status de ação (quase) obrigatória. Considera-se atualmente que este seja um dos procedimentos cirúrgicos de maior prevalência no sistema público brasileiro, devido, em particular, à orientação ainda vigente e, originada/fortalecida pela prática obstétrica em nosso país⁸. Esse é o foco, a episiotomia deveria deixar de ser rotineira para ser seletiva, ou seja, utilizá-la somente em casos específicos.

Todavia, todo esse questionamento acerca do novo conceito sobre “parir” está a evolução da ciência e da tecnologia acarretando grandes transformações no modo de nascer e de parir. O uso rotineiro da episiotomia começou a ser defendido em 1895, por Stahl, que argumentava que a episiotomia permitia uma melhor restauração do períneo em relação às lacerações perineais⁸. Na prática obstétrica dos Estados Unidos, o auge deste procedimento se deu após 1920, com as publicações sobre o assunto dos médicos Pomeroy e DeLee¹⁰⁸. No Brasil, foi somente a partir dos anos de 1970 que foi incorporada pela prática obstétrica médica e transformou-se num procedimento de rotina nos hospitais⁸. Sobre estas questões que estão sendo emersas pelo Brasil informações para todas as gestantes em UBS, hospitais, através das redes sociais, mídias em geral a conscientização sobre os aspectos que compõem direitos reprodutivos e a violência obstétrica, observando que a episiotomia de rotina vem sendo considerada uma violência.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar os critérios para a realização da episiotomia por parte dos Enfermeiros Obstetras durante a realização de partos vaginais.

2.2 Objetivos Específicos

- Focar a humanização no parto;
- Verificar condutas de violência obstétricas;
- Explanar a evolução histórica da episiotomia;
- Verificar os conhecimentos e critérios por parte dos enfermeiros obstetras em relação e episiotomia.

3 JUSTIFICATIVA

Este trabalho mostra a importância dos profissionais de enfermagem em estarem em conexão com a atualidade. Nos deparamos com argumentações, evidências científicas e os novos conceitos que ultimamente vem se destacando nos meios de comunicação.

Isto nos trouxe, em particular, retratar através da pesquisa, como os enfermeiros obstetras estão engajados neste conceito do parto humanizado, e qual visão dos mesmos sobre a episiotomia.

4 METODOLOGIA

A metodologia selecionou como critério de inclusão, materiais retirados da BVS (Biblioteca Virtual de Saúde), livros, teses e artigos de enfermagem, LiLacs, Mediline, PubMed, Bireme, Scielo sendo pesquisados 180 artigos e o viés proposto ficaram com 52 artigos, entre no qual foi encontrado alguns livros sobre a temática proposta, limitando um periódico de 1988 até os dias atuais. Fazendo uso de uma abordagem qualitativa, a qual foi estruturada com base o Manual Vancouver para a elaboração da pesquisa.

Foram utilizados como descritores, “Episiotomia”, “Parto normal”, e “Humanização”. Como critérios de exclusão foram considerados periódicos inferiores a 1990, e as referências que não se enquadraram nos descritores foram excluídos da pesquisa.

A revisão de literatura abrangeu bibliografias já existentes, em relação ao estudo, porém a pesquisa não é uma mera reprodução do que já foi escrito ou dito, mas propicia uma nova abordagem para que haja um olhar inovador.

5 HUMANIZAÇÃO NO PARTO

Segundo o dicionário Humanizar significa: ato ou efeito de humanizar. Humanar; inspirar humanidade. Adoçar; suavizar; civilizar. Tornar-se humano; compadecer-se⁹.

A humanização é essencial nas ações da enfermagem. Observamos, que de um modo geral a enfermagem tem sido um meio facilitador para emergir condições que favoreçam a humanização em relação ao parto.

No entanto, sobre outro olhar, nota-se que a humanização atualmente tem uma conotação expressamente vista, com uma nova releitura de sua significação. Humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde, como sujeitos de direitos, é observar cada pessoa em sua individualidade, em suas necessidades específicas, ampliando as possibilidades para que possa exercer sua autonomia¹⁰.

Esta autonomia é importante para a parturiente, no entanto, convém que a humanização no parto tenha início na atenção primária, para que essas mulheres possam chegar no atendimento terciário, ou seja, no ambiente hospitalar encorajadas e apropriadas dos seus direitos como protagonista neste momento singular.

Buscando incluir os princípios de humanização na assistência obstétrica e neonatal, no ano de 2000, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), uma proposta ampla de humanização dos serviços de atenção a todo ciclo gravídico-puerperal. Esse programa apresenta duas características marcantes: o olhar para a integralidade da assistência obstétrica e a afirmação dos direitos da mulher incorporados como diretrizes institucionais¹¹.

Quando a mulher tem ciência dos seus direitos, isso facilita a incorporação de tais direitos no momento do trabalho de parto e parturição. Por isso, convém a gestante buscar conhecimentos que sejam respaldados em diretrizes institucionais.

O parto normal ou espontâneo é aquele que prescinde manobras extrativas, e resulta do perfeito equilíbrio entre os fatores que nele intervêm: canal do parto (bacia óssea e partes moles), conceito e forças (contração uterina, prensa abdominal e diafragma)¹².

Esta seria uma definição puramente técnica, didática, totalmente alheia ao contexto humanístico que envolve a Mulher em Trabalho de Parto. Sendo assim, vivendo nós um momento histórico aonde vem se discutindo e incentivando a humanização do nascimento, não poderíamos deixar de tecer alguns comentários a respeito do “Parto Natural” e não do “Parto Obstétrico”, como estamos habituados a fazer¹².

Do ponto de vista de todo o contexto emocional que envolve a mulher em trabalho de parto, a primeira coisa a analisarmos é o respeito à parturiente, no que se refere a sua privacidade e liberdade de ações durante o trabalho de parto (deitar, andar, ficar de cócoras, interagir com os acompanhantes)¹².

Estas mudanças em relação a andar, alimentar, ter acompanhante, receber massagens, mudança de posição, banhoterapia, já é um caminho percorrido atualmente sendo uma conquista positiva para a parturiente; isso também é humanização.

Desta forma, a assistência humanizada proporciona às mulheres um forte sentimento de confiança e segurança durante o parto e ao cuidar de seu filho. Muitas têm uma experiência maravilhosa de auto-transformação, sentindo-se capazes em seu novo papel social. Esta experiência estimula a conscientização e o interesse pela sociedade, tendo como consequência o fortalecimento social¹².

O fortalecimento social é benéfico para todos não somente para a mulher em trabalho de parto, pois isso agrega, uni formando uma corrente, fortalecendo vínculos, proporcionando a interação dos profissionais de saúde em uma mesma sintonia, favorecendo a autonomia, eles que promulgam somente um dialeto em comum.

Diante disto, estudos comprovam os benefícios físicos e psicológicos à mulher que o modelo assistencial humanizado proporciona, modificando o conceito social da parturição¹².

Esses benefícios são considerados positivos principalmente no pós parto, que é um momento importante, tanto quanto o momento do parto.

Neste contexto, percebe-se que a humanização é vista pelo prisma de um conceito que está em foco atualmente, assim, Humanizar o parto significa colocar a mulher no centro e no controle como sujeito de suas ações, participando intimamente e ativamente das decisões sobre seu próprio cuidado. Sendo assim, a equipe atua como facilitadora do processo¹².

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005) propõe a humanização da assistência ao parto com o objetivo de promover o parto e o nascimento saudável e a prevenção da mortalidade materna e perinatal, com intervenções criteriosas, evitando-se excessos na utilização dos recursos tecnológicos disponíveis¹².

Assim, os profissionais ao assistirem a parturiente precisam compreender como sua clientela vivencia a parturição, atender suas carências individuais, com sua participação ativa e poder de escolha, vislumbrando um modelo que possa levar a uma efetiva humanização do parto¹².

A humanização da assistência obstétrica ainda representa um desafio para os profissionais de saúde, para as instituições e para a sociedade¹².

O conceito de parto humanizado é amplo, polissêmico e pode ser explorado em várias dimensões e de formas complementares entre si. O conceito da World Health Organization (WHO)¹², qual seja: "um conjunto de condutas e procedimentos que visam à promoção do parto e do nascimento saudável e à prevenção da morbimortalidade perinatal. Incluem o respeito ao processo fisiológico e à dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se, criteriosamente, os recursos tecnológicos disponíveis"¹³.

Nos últimos anos assuntos como parto humanizado tem feito parte das notícias, seja, na mídia falado ou escrita, assim como, nas redes sociais.

Conscientizar as mulheres sobre seus direitos em relação a gestação e ao parto é algo enfatizado nos assuntos inseridos neste contexto. Isto porque, evidências científicas têm demonstrado que a humanização no parto é essencial para o binômio mãe e filho; a ligação entre ambos neste momento singular é de extrema importância pois, é nesse momento que inicia-se um elo que transcende uma ligação fundamental para a afetividade e saúde principalmente da criança.

Quando se aborda esse assunto, sabemos que o parto humanizado começa desde a atenção primária, como já transcrito anteriormente, onde as mulheres podem conhecer seus direitos e a atenção deve seguir durante o trabalho de parto e parturição.

O parto humanizado compreende o atendimento centrado na mulher individualizado, fundamentado na medicina baseada em evidências, no respeito à evolução fisiológica do parto e, portanto, na indicação criteriosa dos partos cesáreos, que não deve ultrapassar a taxa de 15%, conforme recomenda a WHO¹⁴.

Assim sendo, a gestante quando procura atendimento obstétrico elas esperam que a atenção obstétrica atenda às suas expectativas, tanto durante o pré-natal, quanto durante o parto propriamente dito. Isso implica, para elas, em selecionar profissionais e instituições que respeitem suas decisões¹⁵.

Em relação a isso, para atender essa expectativa, o MS lançou, no ano 2000¹⁶, a estratégia de ação chamada Programa de Humanização do Pré-Natal (PHPN) que pretendia, justamente, normatizar as atividades profissionais dentro das instituições de saúde, oferecendo assistência obstétrica segura e prazerosa para ambos, olhando para a integralidade da

assistência obstétrica (como uma prestação de serviço) e incorporando os direitos da mulher como diretrizes institucionais¹⁶.

Porém, diante deste assunto, há uma contradição entre parto normal e natural como relata esse artigo, ao mesmo tempo em que o termo parto normal foi abordado como sinônimo de parto natural tanto por alguns profissionais, quanto por estudiosos¹⁷.

Porém, em alguns dos documentos analisados, ele foi utilizado, também, pela maioria dos(as) profissionais, com dois significados prevalentes e interdependentes: o entendimento de parto normal como sinônimo de um parto com intervenções medicamentosas e técnicas associadas a regulamento institucional e, ao mesmo tempo, como sinônimo de ato médico¹⁷.

No entanto, humanização pode ter a noção de cultura nas ciências socialista ou compreendida como um conjunto de ações, como: A concepção de humanização é ampla e significativa, na medida em que defende a necessidade de convocar e comprometer a todos – gestores(as), trabalhadores(as) e usuários(as) – em um pacto democrático e coletivo, na direção de produzir saúde e construir sujeitos¹⁸. Para isso, asseguram-se a troca e a construção de saberes permanentemente, a necessidade de trabalho em equipes e o fortalecimento de vínculos¹⁸.

Pode ser que o fortalecimento dos vínculos em toda a área que compõe este universo da obstetrícia seja fundamental para que haja as mudanças em prol ao atendimento da mulher em trabalho de parto e durante a parturição e que esta atmosfera seja fortalecida com a humanização no atendimento, assegurando a mulher o protagonismo neste momento singular.

O artigo de Tornquist¹⁹ traz uma concepção que nos levam as outras reflexões que podem permear nosso olhar sobre outro prisma, como é supracitado. A afirmação registra que não são políticas ou normas que modificam um paradigma e que a noção de que um atendimento humanizado deve estar presente na construção de relações intraequipe. Porém a trama de possibilidades e limites vai para além, por depender da cultura, dos interesses institucionais, econômicos, políticos, de disputas entre categorias profissionais, de condições de trabalho, entre outros¹⁹.

A autora Pamplona²⁰ cita sua ideia sobre parto humanizado. Ressaltando que: na tentativa de se resguardar o caráter fisiológico do nascimento, surgiu o conceito de Parto Humanizado, que pode ser descrito como um conjunto de condutas e procedimentos que têm por finalidade a promoção do parto e nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal²⁰. O que não difere do que já foi visto anteriormente.

Pautando ainda a humanização no parto a Organização Mundial da Saúde (2002) relata que: “A busca pela humanização do parto exige, em primeiro lugar, o seu entendimento como sendo um evento da vida sexual e reprodutiva; um processo fisiológico, que requer um acompanhamento com um mínimo de intervenção, que disponha de pessoal treinado e de condições estruturais para identificação e prevenção precoce de complicações e situações de risco, permitindo atuação imediata, adequada e eficaz”²¹.

A humanização também pode ser compreendida conforme é retrata aqui, pode ser considerada como o bem-estar da mulher e o nascimento de seu recém-nascido hígido dependem da confiança depositada nos profissionais que a assistem. Esses deverão ao longo do trabalho de parto e no parto, avaliar corretamente o estado da mãe, com monitoramento de suas condições vitais, atentando para a manutenção de seu bem-estar físico e emocional, fornecendo-lhe apoio nos momentos de dor. A privacidade durante o trabalho de parto deverá ser respeitada, como também, a escolha do tipo de parto e do acompanhante que estará ao seu lado no momento que desejar²².

Desta forma, no final da década de 80, o movimento pela humanização do parto e nascimento propôs mudanças no modelo de atenção ao parto hospitalar no Brasil, pautado na medicalização e na intervenção. À época, suas reivindicações basearam-se na publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 1985 que legitimou as práticas humanizadas através da medicina baseada em evidências. Na ocasião, recomendou o uso de tecnologias apropriadas ao parto e nascimento, modificações nas rotinas hospitalares e o incentivo à atuação de enfermeiras obstétricas no parto normal²³.

Ainda dentro dessa ideia, a humanização é conceituada como, o parto promove situações que inibem o mal-estar da mulher e também reduzem riscos para ela e para o bebê, ao mesmo tempo em que possibilita conforto e segurança para o acompanhante. De acordo com esse entendimento, a Organização Mundial da Saúde elaborou o documento denominado Assistência ao Parto Normal, no qual estabelece ações direcionadas ao atendimento das necessidades básicas da mulher e de sua família²⁴.

Segundo o Ministério da Saúde, a implementação ou extinção dessas ações está diretamente relacionada à conscientização dos profissionais em reconhecer que a mulher é a principal protagonista do processo de parto, devendo ter sua dignidade, individualidade e valores respeitados²⁵.

Outro fator importante dentro desta realidade é a participação do acompanhante no processo de parir foi outro componente apontado pelos profissionais para caracterizar

humanização no parto: "Diz respeito à presença de familiar junto da parturiente, desde o momento em que ela entra em trabalho de parto, permitindo e promovendo que o mesmo participe do processo de nascer"; "É deixar que alguém da família fique junto da parturiente, desde o primeiro momento"; "É colaborar para que o acompanhante ajude no parto e manifeste o seu carinho à parturiente"²⁶.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2001) preceitua medidas não-farmacológicas e não-invasivas para minimizar o estresse e aliviar a dor, tais como promover ambiente tranquilo e exercícios respiratórios, de relaxamento e deambulação, além de banhos mornos e massagens, que podem ser realizadas por familiares e/ou profissionais²⁷.

6 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Acreditamos que a mulher deve ser a protagonista de sua história e, assim, deve ter poder de decisão sobre seu corpo, liberdade para dar à luz e acesso a uma assistência à saúde adequada, segura, qualificada, respeitosa, humanizada e baseada em evidências científicas. Para tanto, no pré-natal, no parto e no pós-parto, a mulher precisa ter apoio de profissionais e serviços de saúde capacitados que, acima de tudo, estejam comprometidos com a fisiologia do nascimento e respeitem a gestação, o parto e a amamentação como processos sociais e fisiológicos²⁸.

Na assistência ao parto, o termo humanizar é utilizado há muitas décadas, com sentidos os mais diversos. Fernando Magalhães, o Pai da Obstetrícia Brasileira, o empregou no início do século 20 e o professor Jorge de Rezende, na segunda metade do século. Ambos defendem que a narcose, ou seja, a anestesia, a episiotomia e o uso de fórceps vieram humanizar a assistência aos partos (Rezende, 1998). Esses conceitos eram difundidos por autoridades em obstetrícia médica no cenário internacional, entre eles o norte-americano Joseph DeLee (Rothman, 1993)²⁹.

No modelo hospitalar dominante na segunda metade do século 20, nos países industrializados, as mulheres deveriam viver o parto (agora conscientes) imobilizado, com as pernas abertas e levantadas, o funcionamento de seu útero acelerado ou reduzido, assistidas por pessoas desconhecidas. Separada de seus parentes, pertences, roupas, dentadura, óculos, a mulher é submetida à chamada “cascata de procedimentos”³⁰.

No Brasil, aí se incluem como rotina a abertura cirúrgica da musculatura e tecido erétil da vulva e vagina (episiotomia), e em muitos serviços como os hospitais-escola, a extração do bebê com fórceps nas primíparas,(figura 1 e 3). Este é o modelo aplicado à maioria das pacientes do SUS hoje em dia. Para a maioria das mulheres do setor privado, esse sofrimento pode ser prevenido, por meio de uma cesárea eletiva³¹, isto é visto como violência obstétrica, já, que há evidências demonstrando os transtornos que a episiotomia pode trazer na qualidade de vida da mulher.

Por isso, que a humanização é como a legitimidade política de reivindicação e defesa dos direitos das mulheres (e crianças, famílias) na assistência ao nascimento – ou uma assistência baseada nos direitos, demandando um cuidado que promova o parto seguro, mas também a assistência não-violenta, relacionada às ideias de “humanismo” e de “direitos humanos”. Nesse entendimento, as usuárias têm o direito de conhecer e decidir sobre os

procedimentos no parto sem complicações. Seria uma estratégia mais diplomática do que falar da violência no parto e de gênero³².

Os feitos dos governos argentino e venezuelano em reconhecer e prever a violência contra as mulheres no que diz respeito ao parto demonstram, para além de sua obrigação como Estado, relativo grau de maturidade de suas instâncias como poderes Executivo, Legislativo e Judiciário. Contudo, tanto a legitimação dos direitos como o reconhecimento do delito requerem esforços da sociedade civil para a compreensão dos mesmos, o que se dá não sem resistência dos que passam a configurar-se como agressores³³.

Entendemos como violência obstétrica qualquer conduta, ato ou omissão por profissional de saúde, direta ou indiretamente, tanto no setor público como no privado, afeta os processos do corpo e reprodutivos das mulheres, expressa em tratamento desumanizado um abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, levando a perda da autonomia e da capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, afetando negativamente a qualidade de vida das mulheres³⁴.

Sendo assim, a violência obstétrica pode conter, em sua manifestação (havendo a necessidade, portanto, de considerar cada caso individualmente), os tipos de violência física e sexual, no caso de uma episiotomia consentida, por exemplo, ou física, sexual e psicológica, se não houver consentimento da mulher em submeter-se ao procedimento³⁴.

No entanto, há várias formas de violência obstétrica como será aqui supracitado:

Dos atos caracterizadores da violência obstétrica: são todos aqueles praticados contra a mulher no exercício de sua saúde sexual e reprodutiva, podendo ser cometidos por profissionais de saúde, servidores públicos, profissionais técnico-administrativos de instituições públicas e privadas, bem como civis, conforme se segue³⁴:

Caráter físico: ações que incidam sobre o corpo da mulher, que interfiram, causem dor ou dano físico (de grau leve a intenso), sem recomendação baseada em evidências científicas³⁴.

Exemplos: privação de alimentos, interdição à movimentação da mulher, tricotomia (raspagem de pelos), manobra de Kristeller (figura 4), uso rotineiro de ocitocina, cesariana eletiva sem indicação clínica, não utilização de analgesia quando tecnicamente indicada³⁴.

Caráter psicológico: toda ação verbal ou comportamental que cause na mulher sentimentos de inferioridade, vulnerabilidade, abandono, instabilidade emocional, medo, acuação, insegurança, dissuação, ludibriamento, alienação, perda de integridade, dignidade e prestígio³⁴.

Caráter sexual: toda ação imposta à mulher que viole sua intimidade ou pudor, incidindo sobre seu senso de integridade sexual e reprodutiva, podendo ter acesso ou não aos órgãos sexuais e partes íntimas do seu corpo³⁴.

Exemplos: episiotomia (figura 2), assédio, exames de toque invasivos, constantes ou agressivos, lavagem intestinal, cesariana sem consentimento informado, ruptura ou descolamento de membranas sem consentimento informado, imposição da posição supina para dar à luz, exames repetitivos dos mamilos sem esclarecimento e sem consentimento³⁴.

Caráter institucional: ações ou formas de organização que dificultem, retardem ou impeçam o acesso da mulher aos seus direitos constituídos, sejam estas ações ou serviços, de natureza pública ou privada³⁴.

Exemplos: impedimento do acesso aos serviços de atendimento à saúde, impedimento à amamentação, omissão ou violação dos direitos da mulher durante seu período de gestação, parto e puerpério, falta de fiscalização das agências reguladoras e demais órgãos competentes, protocolos institucionais que impeçam ou contrariem as normas vigentes³⁴.

Caráter material: ações e condutas ativas e passivas com o fim de obter recursos financeiros de mulheres em processos reprodutivos, violando seus direitos já garantidos por lei, em benefício de pessoa física ou jurídica³⁴.

Exemplos: cobranças indevidas por planos e profissionais de saúde, indução à contratação de plano de saúde na modalidade privativa, sob argumentação de ser a única alternativa que viabilize o acompanhante³⁴.

Caráter midiático: são as ações praticadas por profissionais através de meios de comunicação, dirigidas a violar psicologicamente mulheres em processos reprodutivos, bem como denegrir seus direitos mediante mensagens, imagens ou outros signos difundidos publicamente; apologia às práticas cientificamente contra-indicadas, com fins sociais, econômicos ou de dominação³⁴.

Exemplos: apologia à cirurgia cesariana por motivos vulgarizados e sem indicação científica, ridicularização do parto normal, merchandising de fórmulas de substituição em detrimento ao aleitamento materno, incentivo ao desmame precoce³⁴.

O cenário de violência obstétrica é tão naturalizado, que mulheres retratam como “sorte” quando recebem um atendimento adequado no plantão obstétrico, e atribuem o

atendimento ruim à “falta de sorte”. Isso demonstra a percepção de que o bom atendimento é considerado raro e não faz parte da rotina da assistência ao parto³⁵.

7 CONHECIMENTO TÉCNICO CIENTÍFICO DAS ENFERMEIRAS OBSTETRAS EM RELAÇÃO A EPISIOTOMIA

Os profissionais da obstetrícia justificam a utilização da episiotomia alegando a redução do sofrimento materno e fetal. Em estudo realizado com médicos e enfermeiras obstetras em um Hospital Universitário de São Paulo, no ano de 2005, os principais critérios citados para indicar a episiotomia foram a rigidez perineal, a primiparidade, feto macrossômico e a prematuridade³⁶. Estes critérios são justificados pelo fato de que a episiotomia poderia adiantar o trabalho de parto, reduzindo o tempo do período expulsivo e consequentemente o sofrimento e a dor, tanto materna quanto fetal³⁶. Entretanto, nem sempre esses critérios são devidamente avaliados, transformando esta intervenção em um procedimento rotineiro, generalistas e com justificativas reducionistas para a sua realização³⁷. Aliado a isso, têm-se ainda a desinformação das mulheres acerca dos reais objetivos e critérios de indicação do procedimento, levando-as a acreditar que a episiotomia apenas facilita o parto, sem conhecer as conseqüências que ela pode trazer para o seu corpo e sua saúde sexual³⁷.

No entanto, no que tange o conhecimento do profissional de saúde, relata-se que ser enfermeiro neste cenário de prática da obstetrícia significa sustentar e nos impormos a cada momento na luta diária do “campo”, buscando estabelecer mudanças e transformações no consenso, ou seja, senso comum, e assim impormos nossa forma de lidar, pensar assistir em obstetrícia³⁸.

Deste modo, tendo em vista a formação acadêmica dos profissionais da área da saúde, mormente, médicos e enfermeiras, ainda é cartesiana e positivista³⁹. Ou seja, Profissionais de saúde são formados para discutir e trabalhar os aspectos biológicos do ser humano e com enfoque curativo centrado na doença.

Em relação à formação da enfermeira obstetra, temos que: no perfil desta formação ainda predomina o modelo biomédico, cujo destaque operacional do processo ensino-aprendizagem centra-se no caráter tecnicista⁴⁰.

Deste modo, por ser a formação profissional alicerçada a partir deste paradigma, preocupa-nos o fato de ser a enfermagem uma profissão majoritariamente feminina e as enfermeiras ainda não valorizarem, não se preocuparem ou não se sensibilizarem com as questões de gênero relacionadas à mulher que é submetida à episiotomia⁴⁰.

Ainda, em relação aos aspectos sobre conhecimentos técnicos e científicos os trabalhos de Bussadori⁴¹, Cagnin⁴², Cunha et al.⁴³, Dotto et al.⁴⁴ e Dotto e Mamede⁴⁵, Esser⁴⁶,

Fornazari⁴⁷, evidenciam, entre outros aspectos, que as enfermeiras apresentam déficit no saber e no saber-fazer em obstetrícia, o que indica falhas na sua formação, tanto na graduação quanto na especialização. Por esse motivo e por pressão institucional, elas frequentemente utilizam práticas desaconselhadas pelas evidências científicas, muitas delas prejudiciais, o que mostra a prevalência do modelo biomédico e intervencionista.

Verifica-se neste contexto, o outros autores como Padilha, et al⁴⁸ citam que o desenvolvimento do trabalho da enfermagem e demais profissões da área de saúde, bem como, a forma como as relações de saber/poder se estabelecem entre elas foi construído a partir da transformação do sistema de poder na sociedade, mas também no interior do hospital⁴⁸.

8 BREVE HISTÓRICO DA EPISIOTOMIA

A episiotomia como já supracitado é um corte realizado no períneo da mulher na hora do parto.

Em outrora, isso era um procedimento feito nas mulheres que estavam parindo seu primeiro filho, ou por vezes defendidos para facilitar a passagem do pólo cefálico, evitando as lacerações de terceiro e quarto grau.

A história começa em 1742: primeiro relato do procedimento (Sir Fielding Ould, Rotunda Hospital, Dublin): partos difíceis (períneos rígidos)⁴⁹. Ould era um médico obstetra que pela primeira vez utilizou a episiotomia, onde, refere que o procedimento era somente realizado em casos de partos difíceis e períneos rígidos.

Ainda, pode-se relatar algumas citações sobre a episiotomia, em 1847: episiotomia médio lateral (Dubois, França), 1851: primeiro relato de episiotomia nos EUA, 1855: Ritgen descreve 4875 partos com 190 lacerações espontâneas (3,9%), 1857: Carl Braun relata Episiotomia (corte inadmissível e desnecessário), 1895: Staun fez uma descrição da episiotomia de rotina, como um procedimento pouco popular nos séculos XVIII e XIX devido (falta de anestesia e taxas de infecção muito elevadas)⁴⁹.

Podemos observar que a episiotomia era visto em alguns casos como um aliado no alívio para a saída do pólo cefálico. Em outros, profissionais descrevem que devido ao alto índice de lacerações espontâneas os levavam para a realização da episiotomia. Já em 1857 Carl Braun relata que a episiotomia é um corte inadmissível e desnecessário contribuindo para o olhar de hoje onde a episiotomia está em foco, sendo um assunto de grande repercussão no momento.

Relata-se que nos séculos XXVIII e XIX a “falta da anestesia e taxas de infecção muito elevadas” a episiotomia deixou de ser popular, trazendo para a atualidade um novo contexto para a discussão de uma nova proposta nos que diz respeito principalmente a humanização.

Já nas décadas de 70 /80 começam os questionamentos sobre a episiotomia de rotina parto natural – movimentos de contracultura: mulheres começam a questionar a necessidade e os benefícios da episiotomia. Foi então realizadas Campanhas pró-parto ativo. Teve então os primeiros estudos questionando a prática de episiotomia de rotina Anos 80: como a falta de evidências em relação ao procedimento da episiotomia⁴⁹.

Essas reivindicações sobre a necessidade da episiotomia vem sendo questionada há algum tempo, tais questionamentos têm como finalidade abordar quais os benefícios da

episiotomia para as mulheres e o feto. Nessa campanha foi evidenciado a falta de evidências científicas para o manejo da episiotomia, sabe-se que nos dias de hoje tudo que está relacionado ao trabalho de parto e parto os critérios de avaliação tem que ter respaldo científico, para que haja critérios para o procedimento da episiotomia.

Uma vez que as evidências científicas demonstram que o procedimento de rotina não é necessário e pode ser prejudicial, há que se entender que sua realização sistemática por obstetras segue um padrão ritualístico, característico do modelo tecnocrático apresentado por Robbie Davis-Floyd.² Em sua tese de doutorado, Diniz⁴⁹ faz referência ao discurso de uma médica que afirmava conhecer as evidências, mas que continuava realizando episiotomias porque na hora “a mão vai sozinha”⁴⁹.

Entre 1915 e 1925, a episiotomia era usada de modo profilático, como justificativa para evitar traumas perineais e prevenir a morbimortalidade infantil e problemas ginecológicos, tais como retocele, cistocele e relaxamento da musculatura pélvica⁵⁰.

Em 1847, Dubois sugeriu a realização de uma incisão oblíqua no períneo, modernamente conhecida como episiotomia médio-lateral. No entanto, o procedimento não ganhou popularidade no século XIX, em função da falta de disponibilidade de anestesia e das altas taxas de infecção⁵⁰.

Foi somente no século XX que a episiotomia começou a ser utilizada em maior escala em diversos países, sobretudo nos Estados Unidos da América e países latino-americanos, entre eles o Brasil⁵¹.

Reforçando o que já foi citado anteriormente, a finalidade da episiotomia, de acordo com os postulados de DeLee, seria reduzir a probabilidade de lacerações perineais graves, enquanto a associação com o fórceps minimizaria o risco de trauma fetal, prevenindo hipóxia. Esse pressuposto passou a ser aceito como verdade incontestável e transcrito em diversos tratados de Obstetrícia em todo o mundo, embora não existissem evidências científicas confiáveis de sua efetividade e segurança⁵².

Porém, prática da episiotomia foi ampliada nas décadas subsequentes, coincidindo com o número progressivamente maior de partos hospitalares a partir da década de 1940, nos EUA. Essa mudança no local de parto gerou uma série de intervenções que não se baseavam em evidências científicas⁵².

Assim, enquanto os partos eram assistidos em domicílio, o nascimento era visto como um processo natural e fisiológico, e assim também era considerado o funcionamento do períneo durante e depois do parto. Com a hospitalização, o nascimento passou a ser

considerado um processo patológico, requerendo necessariamente a realização de intervenções obstétricas para prevenir ou reduzir a incidência de complicações⁵².

Destaca-se a importante revisão de Thacker e Banta, publicada em 1983, em que se demonstrou, além da inexistência de evidências de sua eficácia, evidências consideráveis dos riscos associados ao procedimento: dor, edema, infecção, hematoma e dispareunia⁵². Apesar de ter tido pouco impacto na comunidade científica na época, esse estudo despertou o interesse de se estudar sobre episiotomia, e posteriormente foram conduzidos ensaios clínicos randomizados bem controlados, dos quais o maior foi um estudo argentino, publicado em 1993⁵².

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa fez com que nós observássemos e percebêssemos o quanto é fundamental estarmos atentos as mudanças na área da saúde da mulher principalmente no período gestacional e no momento do trabalho de parto e o da parturição.

Ao refletirmos sobre este compêndio foi essencial para pautarmos nossos conhecimentos técnicos e científicos, para embasarmos nossas futuras decisões em relação ao atendimento a essas mulheres durante as fases que elas passarão durante a gestação, o trabalho de parto e a parturição.

O parto humanizado é algo que aguçam nossa sensibilidade como enfermeiras obstetras. Durante todo o estudo e o estágio realizado, podemos perceber os benefícios do parto fisiológico para a mulher e o neonato, vimos que, quando a mulher é submetida a um parto conduzido com as terapias naturais acessíveis, como: o uso da bola, banhoterapia, massagens, dieta, deambulação, banco e orientações são fatores que colaboram para um parto fisiológico e sem traumas.

A episiotomia que é o foco do estudo é algo que nos fez levantar questionamentos sobre sua real necessidade no período expulsivo do parto. Podemos salientar que quando o parto é bem conduzido e as orientações são adequadas e respaldadas em evidências científicas, a episiotomia pode ser abolida neste momento.

Foi percebido também que a posição do parto é um aliado para evitar as lacerações de terceiro e quarto graus, já que estudos de outrora revelam que:” a episiotomia era um recurso utilizado para evitar essas lacerações” porém, sabe-se que a mudança de posição pode agir nesse momento positivamente.

Quanto a violência obstétrica, pode ser relatado como qualquer ato, seja ele, em relação ao corpo da mulher, deixá-la sem acompanhante, usar a manobra de kristeller (pressão no fundo do útero), separar o bebe da mãe como também ao modo que utilizamos o nosso dialeto com as mesmas. A violência obstétrica abrange neste estudo a episiotomia, cortar a vagina da mulher quando não há necessidade.

No entanto, diante do assunto abordado, vemos que as enfermeiras obstetras, muitas vezes vêm-se atuando em instituições que são resistentes a tal mudanças, deperando-se com “fazer” o que a instituição requer, e o que realmente as mesmas acreditam.

Observamos na rotina do nosso trabalho, que quando realizado o parto fisiológico e humanizado e sem episiotomia é nítido o processo de recuperação, o contato mãe/filho, naquela primeira hora é esclarecedor para muitos questionamentos do cotidiano.

Nos dias de hoje, evidências científicas comprovam os malefícios trazido para o corpo e o emocional da mulher. Sugerimos, que as instituições hospitalares respaldem a enfermeira obstetra com protocolos que venham focar o parto humanizado e fisiológico, que a episiotomia seja realizada com critérios e seletivamente, que o uso de fármacos sejam realizados conforme a necessidade, principalmente que a parturiente escolha como quer que seja esse momento, como se diz, que sejam, “protagonistas” na hora de parir. Esses protocolos seriam viáveis, pois, a Enfermeira Obstetras teriam autonomia, sem causar atritos com a classe médica e a instituição.

Concluimos que: quando a mulher dá à luz por via vaginal, pode permanecer com o períneo íntegro, isto é, se o parto for fisiológico, se o ritmo natural da mulher for respeitado e se ela não receber drogas, na maioria das vezes ela terá, após o parto, o períneo íntegro sem qualquer tipo de lesão.

REFERÊNCIAS

- 1- Rezende J. Obstetrícia. 10.^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Obstetrícia: conceito, etimologia, propósitos, súmula histórica. 2005:1-27.
- 2- Carvalho CCM, Souza ASRS, Moraes Filho OB. Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. Rev. Assoc. Med. Bras. São Paulo. 2010;56(3):333-339.
- 3-Beleza ACS, Ferreira CHJ, Sousa LN, Spanó AM. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. Rev. bras. enferm.2012; 65(2):264-268.
- 4- Previatti JF, Souza KV. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. Rev. bras. enferm. Brasília. 2007/Mar-Apr; 60(2):197-201.
- 5- Progiantil JM, Araújo LM, Oliveira JR. Repercussões da Episiotomia Sobre a Sexualidade. Esc. Anna Nery Rev. Enferm, 2008/mar;12(1):45-49.
- 6- Parada, CMGL, Tonete VLP. Atenção Humanizada à Mulher no Ciclo Gravídico e Purperal sob a Perspectiva das Usuárias de serviços Públicos.2008;12(24):35-46.
- 7-Junqueira VMO, Miquini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(3):288-95.
- 8- Ferreira ABH. Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa. Ed Folha de Sao Paulo, 1994: 687f.
- 9- Busanello J, Costa PKN, Sassi RAM, Mano SMP, Silva RL, Gonçalves GB. Atenção humanizada ao parto de adolescentes: análise das práticas desenvolvidas em um centro obstétrico/. Rev. bras. enferm. Brasília 2011/Sept-Oct; 64(5):824-832.
- 10- Casate CJ, Corrêa KA. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem Ribeirão Preto 2005/Jan-Feb; 13(1):105-111.
- 11- Silva M L, Barbieri M, Fustinoni MS. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. Rev. bras. enferm. Brasília 2011/Jan-Feb; 64(1):60-65.
- 12- Nagahama EEI, Santiago SM. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil Rev. Bras. Saude Mater. Infant. Recife 2011/Oct-Dec;11(4):415-425.
- 13- Hotmsky SN, Schaiber LB. Humanização no Contexto da Formação em Obstetrícia. Ciênc. Saúde coletiva. 2005/jul-set; 10(3):639-649.
- 14- Basso JF, Monticelli M. Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado. Rev. Latino-Am. Enfermagem Ribeirão Preto 2010/May-June; 18 (3):09.

- 15-Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília (DF). 2005.
- 16- Brasil. Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: política nacional de humanização. Brasília (DF). 2000.
- 17- Adelman M, Grossi MP. Entre a psicanálise e a teoria política: um diálogo com Jane Flax. *Revista Estudos Feministas* 2002;10(2):371-88.
- 18- Tornquist CS. Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas* 2002;10(2):483-92.
- 19-Pamplona V. Mulher, parto e psicodrama. São Paulo: Agora.1990:101f.
- 20- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde da Mulher. Promoção ao parto normal. Brasília: MS; 1993
- 21-Largura M. A assistência ao parto no Brasil psicológicos: aspectos espirituais, biológicos e sociais; uma análise crítica por um parto mais humano e solidário. 2.ed.São Paulo: 1998: 155f.
- 22-Tornquist CS. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Rev estud fem.* 2002; 10:483-92.
- 23- Brasil. Ministério da Saúde/Febrasgo/Abenfo. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF).2001.
- 24-Haddad SEMT, Cececatti JG.Estratégias Dirigidas aos profissionais para a Redução das Cesáreas Desnecessárias no Brasil. *Rev. bras. ginecol. obstet.* 2011;33(55):252-262.
- 25- Reis AE, Patrício ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *saúde coletiva vol.10 suppl.0 Rio de Janeiro.* 2005/Sept-Dec; 10(supl):221-230.
- 26-Brasil. Ministério da Saúde (BR). Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília(DF): MS; 2001.
- 27-Diniz CSG, Ayres JRCM. Entre a Técnica e os direitos Humanos: Possibilidades e Limites da Humanização da Assistência ao Parto. São Paulo, 2001. 255f.
- 28-.Guerra GB. Editorial Violência Obstétrica. *Revista de la Facultad de Medicina.* 2008; 31 (1,5-6).
- 29-Amorim MMR, Katz L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Femina.* 2008, 36(1):47-54.
- 30- Brasil. Ministério da Saúde (BR). Programa Humanização do Parto: Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Brasília, MS. 2002.

- 31-Diniz SG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese de doutorado. São Paulo. 2001; 24(13):81-23.
- 32-Tomasso G. Debemos seguir haciendo la episiotomía en forma rutinaria? Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, Caracas. 2002; 62(2):115-121.
- 33- Lunardi VL. Relacionando Enfermagem, gênero, formação disciplinar. Rev Bras Enferm 1993/ jul-dez;46(3/4).
- 34-Dias MAB. Humanização da Assistência ao Parto: Conceitos, Lógicas e Práticas no Cotidiano de uma Maternidade Pública. Tese de doutorado. Fiocruz, Rio de Janeiro-RJ. 2006:280f.
- 35- Diniz SG. Campanha pela abolição da episiotomia de rotina. Fique amiga dela. [periódico on line] 2004 ago; [citado 10 ago 2004].2006;I(1):80-91.
- 36- Santos JO, Bolanho IC, Mota JQC, Coleoni L, Oliveira MA. Frequência de Lesões Perineais Ocorridas no Partos vaginais em uma Instituição Hospitalar. Esc Anna Nery Rev enfermagem. 2008/dez; 12(4): 658-63.
- 37- Martins CA. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher- PAISM em Goiânia: a (des) institucionalização da consulta de enfermagem no pré-natal. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ; 2001. 200 f.
- 38- Christóforo MAC. Considerações da ABEn sobre a proposta de reformulação do currículo mínimo para a formação do enfermeiro. Rev Bras Enferm. 1993/ jul-dez; 46 (3/4).
- 39- Revista Brasileira de Enfermagem.A formação da enfermeira em questão [editorial]. Rev Bras Enfer. 1993/ jul-dez; 46 (3/4).
- 40-Bussadori JCC. Ações da equipe de enfermagem no ciclo gravídico puerperal e as competências essenciais para a atenção qualificada ao parto [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2009;22 (22):133.
- 41-Cagnin ERG. Assistência de enfermagem à mulher no ciclo gravídico-puerperal: a realidade de Araraquara/SP [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2008; 12(04):403.
- 42-Cunha MA, Mamede MV, Dotto LMG, Mamede FV. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(1):145-153.
- 43-Dotto LMG, Mamede MV, Mamede FV. Desempenho de competências obstétricas na admissão e evolução do trabalho de parto: atuação do profissional de saúde. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008; 12(4):717-725.
- 44- Dotto LMG, Moulin NM, Mamede MV. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. Rev Latinoam. Enfermagem. 2006; 14(5):682-688.
- 45-Dotto LMG, Mamede MV. Atenção qualificada ao parto: a equipe de enfermagem em rio Branco, acre, Brasil. Rev. Esc. Enfem.USP, 2008/jun 4; 2(2):331-338.

- 46- Fornazari DH. Atuação da equipe de enfermagem na assistência à mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no município de Piracicaba, SP [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2009; 12(4)403.
- 47- Padilha MICS, Sobral VRS, Leite LMR, Peres MAA, Araújo AC. Enfermeira - a construção de um modelo a partir do discurso médico. Rev. esc. enferm. USP São Paulo 1997/dez; 31(3):437-51.
- 48-Stedenfeldt M, Pirhonen J, Blix E, Wilsgaard T, Vonen BOP. Características episiotomia e riscos obstétricos lesões do esfíncter anal: um estudo de caso-controle. BJOG. 2012;119(6): 724-30.
- 49- Amar I, Soares MMO. A Episiotomia: Riscos e Benesses. Arq. brs. Med. 1989, 63(2):79-81.
- 50- Monteiro JCS, Pitangui ACR, Souza LB, Beleza ACS, Nakano MAS, Gomes FA. Associação entre a Analgesia Epidural e o Trauma Perineal no Parto Vaginal. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2009;13(1):140-144.
- 51-Myers MG, Helfgott AW. O uso rotineiro da episiotomia na obstetrícia moderna. Deve ser realizado? Obstet Gynecol Clin North Am. 1999; 26:305-25.
- 52- Myers-Helfgott MG, Helfgott AW. O uso rotineiro de episiotomia na obstetrícia moderna. No caso de ser realizada? Obstet Gynecol Clin North Am. 1999; 26:305-25.

ANEXOS

Anexo 1

Figura 1: Fórceps



Fonte: <http://vilamamifera.com/mulheresempoderadas/quando-o-bebe-nasce/>

“Indicado apenas quando há evidência de sofrimento fetal por expulsivo muito prolongado. Entretanto há expulsivos demorados, que não há necessidade de uso de fórceps ou vácuo. Mudar de posição por exemplo, ajuda muito a saída do bebê. Entretanto, novamente com intuito de “apressar” o parto, é usado rotineiramente no Brasil”.

Anexo 2**Figura 2: Episiotomia Médio Lateral Direita**

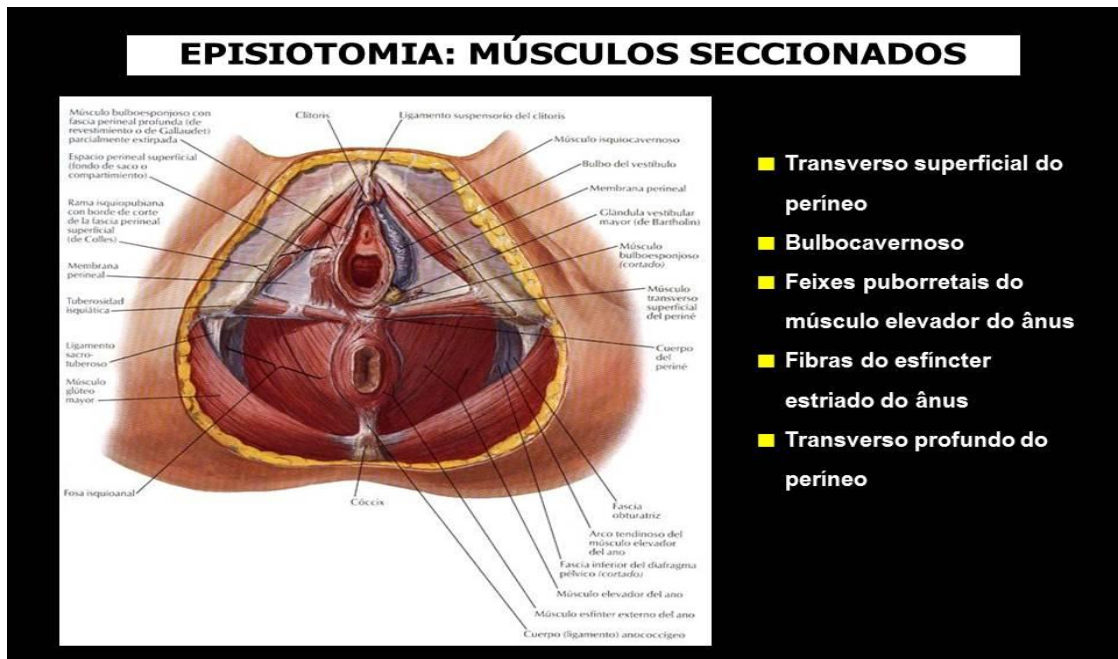
Fonte: <https://www.facebook.com/PartoHumanizadoBrasil>

Em meados da década de 1980, começaram a surgir novas pesquisas sobre episiotomia – ensaios clínicos randomizados e controlados – que evidenciaram fatos contrários ao que DeLee preconizou no passado. Estes estudos, e outros realizados, culminaram no questionamento da eficácia e necessidade da episiotomia de rotina.”

A episiotomia de rotina tem sido considerada por vários autores como uma forma de mutilação genital, e mesmo como violência de gênero cometida pelas instituições e profissionais. O abuso de episiotomias tem sido considerado uma questão exemplar de desrespeito aos direitos humanos na área de saúde.

Anexo 3

Figura 3: Músculos Seccionados na Episiotomia



Fonte: <http://bibliografiadadoula.wordpress.com/2012/12/04/estudando-episiotomia-por-melania-amorim/>

Anexo 4

Figura 4: Manobra de Kristeller



Fonte: <https://www.facebook.com/PartoHumanizadoBrasil>

A compressão abdominal pelas mãos que envolvem o fundo do útero constitui a manobra de Kristeller.

Essa manobra ainda é frequentemente realizada na assistência ao parto em conjunto com outras intervenções inadequadas realizadas em cadeia, como condução para mesa de parto antes da dilatação completa, imposição de posição ginecológica (que prejudica a dinâmica do parto e prejudica a oxigenação do bebê), comandos de puxo, mudança de ambiente, entre outros. Salienta-se que os próprios profissionais de saúde reconhecem que a manobra de kristeller é proscrita, porém, continuam a realizá-la, apesar de jamais a registrarem em prontuário (Leal, 2012). É também denominada violência obstétrica.