



ORIGINAL / ORIGINAL / ORIGINAL

## Sociodemographic and obstetric profile of women undergoing episiotomy after returning to sexual activity

Perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres submetidas a episiotomia após o retorno às atividades sexuais

Perfil sociodemográfico y obstétrico de mujeres sometidas a la episiotomía después del retorno a las actividades sexuales

Flávia Dayana Ribeiro da Silveira<sup>1</sup>, Grazielle Roberta Freitas da Silva<sup>1</sup>, Antonieta Keiko Kakuda Shimo<sup>3</sup>, Inez Sampaio Nery<sup>4</sup>, Nalma Alexandra Rocha de Carvalho<sup>5</sup>, Kerolayne Laiz Barbosa de Morais<sup>6</sup>

### ABSTRACT

**Objective:** to describe the socioeconomic and obstetric profile of women submitted to episiotomy after returning to sexual activities. **Methodology:** this is a quantitative study, with an intentional and non-probabilistic sample of 126 women seen in a basic care who were submitted to vaginal delivery with episiotomy. After the approval of the Ethics Committee, it was applied an instrument with the following data: age, race, habitation, income and level of schooling, followed by questions about the participant's obstetric data. **Results:** the interviewees were mostly brown-skinned (33.3%), young (M = 24.6 years), in stable union (46.8%) and in recent relationships (37.3%). The majorities of them studied just until high school and were housewives (56.3%). They had individual incomes less than one salary (21.4%), living in provided houses with more than four rooms (54%) and with up to four people (55.6%). Regarding to the obstetric data, it was unidentified twin pregnancies, mostly (80.2%) of the women did not plan for pregnancy and only 11 (8.7%) did not perform any prenatal consultation. **Conclusion:** turns evident the need of preventing unwanted pregnancies in young women with low-income. This reality can be changed with engaging public health care professionals and understanding the sexuality as basic human need, in addition to effective public policies.

**Descriptors:** Nursing. Episiotomy. Sexuality.

### RESUMO

**Objetivo:** descrever o perfil socioeconômico e obstétrico de mulheres submetidas à episiotomia após o retorno às atividades sexuais. **Metodologia:** estudo quantitativo com amostra intencional e não-probabilística de 126 mulheres, atendidas na atenção básica, submetidas ao parto vaginal com episiotomia. Após aprovação do Comitê de Ética, foi aplicado o instrumento com os seguintes dados: idade, raça, moradia, renda e grau de escolaridade, seguido de perguntas acerca de dados obstétricos da participante. **Resultados:** as entrevistadas eram em sua maioria pardas (33,3%), jovens (M = 24,6 anos), em união estável (46,8%) e com relacionamentos recentes (37,3%). As entrevistadas tinham apenas o ensino fundamental e médio, eram donas de casa (56,3%), tinham renda individual inferior a um salário (21,4%), moravam em casas cedidas com mais de quatro cômodos (54%) e com até quatro pessoas (55,6%). Sobre os dados obstétricos, não se identificou gestação gemelar, majoritariamente (80,2%) as mulheres não planejaram a gravidez e apenas 11 (8,7%) delas não realizaram nenhuma consulta pré-natal. **Conclusão:** evidencia-se a necessidade de prevenir gravidezes não planejadas em mulheres jovens e com baixa renda. Essa realidade pode ser mudada com profissionais da saúde pública engajados e entendendo a sexualidade enquanto necessidade humana básica, além de Políticas públicas eficazes.

**Descritores:** Enfermagem. Episiotomia. Sexualidade.

### RESUMÉN

**Objetivo:** describir el perfil socioeconómico y obstétrico de mujeres sometidas a la episiotomía después del retorno a las actividades sexuales. **Metodología:** estudio cuantitativo con muestra intencional y noproabilística de 126 mujeres atendidas en la básica, sometidas al parto vaginal con episiotomía. Por aprobación de el Comité de Ética, se aplicó el instrumento con los siguientes datos: edad, raza, vivienda, renta, serie de estudios seguido de preguntas acerca de los datos obstétricos de la participante. **Resultados:** las entrevistadas eran en su mayoría pardas (33,3%), jóvenes (M = 24,6 años), en unión estable (46,8%) y con relaciones recientes (37,3%). Las entrevistadas tenían sólo el enseño fundamental y medio, eran amas de casa (56,3%), tenían renta individual inferior a un salario (21,4%), vivían en casas cedidas con más de cuatro habitaciones (54%) y con hasta cuatro personas (55,6%). En los datos obstétricos, no fue identificada gestación gemelar, majoritariamente (80,2%), las mujeres no planearon el embarazo y sólo 11 (8,7%) no realizaron ninguna consulta prenatal. **Conclusión:** se demuestra la necesidad de prevenir embarazos no planeados en mujeres jóvenes y con baja renta. Esa realidad puede ser cambiada con profesionales de la salud pública comprometidas y entendiendo la sexualidad mientras necesidad humana básica, además de Políticas públicas eficaces.

**Descritores:** Enfermería. Episiotomía. Sexualidad.

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFPI. Teresina, PI, Brasil. E-mail: [flaviadayana@gmail.com](mailto:flaviadayana@gmail.com)

<sup>2</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal do Piauí, Departamento de Enfermagem. Teresina, PI, Brasil. E-mail: [grazielle\\_roberta@yahoo.com.br](mailto:grazielle_roberta@yahoo.com.br)

<sup>3</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da UNICAMP. Teresina, PI, Brasil. E-mail: [akkshimo@gmail.com](mailto:akkshimo@gmail.com)

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da UFPI. Teresina, PI, Brasil. E-mail: [ineznery.ufpi@gmail.com](mailto:ineznery.ufpi@gmail.com)

<sup>5</sup>Enfermeira Obstetra pela UFPI. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, PI, Brasil. E-mail: [enf.nalma.carvalho@hotmail.com](mailto:enf.nalma.carvalho@hotmail.com)

<sup>6</sup>Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí, Departamento de Enfermagem. Teresina, PI, Brasil. E-mail: [kerolaynelbm@hotmail.com](mailto:kerolaynelbm@hotmail.com)

## INTRODUÇÃO

A gestação e o nascimento são eventos sociais, que marcam a vida da mulher, o parceiro e sua família, numa experiência individual e permeada de significados. Ambos são acontecimentos que fazem parte da vida reprodutiva e consiste numa experiência humana significativa, com intenso sentimentos positivos e enriquecedores envolvidos<sup>(1)</sup>.

Apesar disso, o que se percebe no Brasil é uma assistência obstétrica no Brasil caracterizada pelo emprego inapropriado de intervenções no processo fisiológico do trabalho de parto, cujo uso abusivo leva, por vezes, efeitos danosos para mãe e filho<sup>(2)</sup>.

Por esse e outras evidências, partir do fim da década de 1970, o modelo de saúde vigente no Brasil começou a receber diversas críticas dos movimentos de mulheres e de diversos setores da sociedade, partindo do entendimento do impacto dessas intervenções e a relações de gênero na saúde da mulher. Discute-se o modelo de assistência obstétrica, predominante marcado pela institucionalização do parto, centrado em atos médicos e no uso rotineiro de práticas intervencionistas desnecessárias<sup>(3)</sup>.

Dentre essas intervenções excessivamente realizadas, a episiotomia merece destaque pois considera-se que seja um dos procedimentos cirúrgicos de maior prevalência no sistema público brasileiro<sup>(4)</sup>. Mundialmente, a execução desse procedimento apresenta-se elevada e bastante variada conforme a região estudada. Estima-se que seja empregada em 62,5% do total de partos nos Estados Unidos, em cerca de 30% na Europa<sup>4</sup> e em mais de 90% dos partos hospitalares na América Latina<sup>(5)</sup>.

Ademais, o procedimento mantém-se presente de forma rotineira em grande parte dos partos vaginais, apesar das claras evidências científicas para apoiar seu uso restrito, a exemplo: menor risco de trauma de períneo posterior, menor necessidade de sutura e de complicações na cicatrização da episiotomia<sup>(6)</sup>.

Mesmo sendo realizada dentro dos parâmetros recomendados pela OMS, as consequências da realização da episiotomia, leva a mulher a ter mais chances de aumento de perda sanguínea, à infecção, disfunção sexual, a dispareunia, incontinência urinária e prolapso do colo do útero; e, implicações a longo prazo dos efeitos físicos e psicológicos<sup>(7)</sup>. Além disso, a episiotomia pode acarretar na mulher sensações ruins como dor, desconforto e vergonha da aparência de sua região genital e receio de retornar à atividade sexual com seu parceiro, por insegurança e sentimento de recusa<sup>(8)</sup>.

Baseado no acima exposto, a enfermagem necessita conhecer os agentes que recebem seus cuidados. Assim, traçar o perfil das mulheres que são atendidas nas redes de atenção a saúde, poderá conduzir planos de prevenção de agravos e promoção da saúde mais resolutivos a essa clientela especificamente. À vista disso, esse trabalho objetiva descrever o perfil socioeconômico e obstétrico de mulheres submetidas à episiotomia após o retorno às atividades sexuais.

## METODOLOGIA

Estudo de campo com natureza descritiva quantitativa, realizado na Rede Básica de Saúde, estabelecimentos assistenciais cobertos pela Estratégia Saúde da Família (ESF), de Teresina e Nazária-PI. Na Capital, abrangeu-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos bairros com maior demanda de gestantes e puérperas, conforme o cadastro no SisPréNatal, a exemplo de: Santa Maria da Codipi, Buenos Aires, Satélite, Promorar, Matadouro, Mocambinho, Gurupi e Vila São Francisco. No município de Nazária, todas UBS foram incluídas: Barreiros, Secretaria, Nazária Centro e Bom Jardim. Em alguns casos, os domicílios das mulheres entrevistadas também foram utilizados para desenvolver o estudo, caso essas não comparecessem ao serviço.

A população foi composta por mulheres que haviam sido submetidas ao parto via vaginal com episiotomia, atendidas nos estabelecimentos assistenciais da Rede Básica de Saúde de Teresina/PI e Nazária/PI. O primeiro município foi escolhido por ser a capital do Piauí e, o segundo por haver, conforme prática clínica, elevado número de partos vaginais (sem registro oficial).

Entrevistou-se 126 mulheres, de fevereiro a maio de 2014, por amostragem não probabilística, ao acaso e aleatória, de acordo com a demanda de cada UBS. Realizou-se uma pesquisa prévia ao SisPréNatal, seguida da busca ativa nos prontuários das mulheres atendidas nas UBS, onde tornou-se possível observar os critérios de inclusão, a saber: mulheres que tiveram seu filho de parto vaginal com episiotomia tendo, no mínimo, 4 semanas (um mês) do retorno às atividades sexuais e, no máximo, 24 semanas (seis meses) da data do parto até a entrevista. Foram excluídas mulheres com dificuldade de interação verbal, as que evoluíram com infecção e dificuldade de cicatrização da episiotomia, além daquelas que não estavam coabitando maritalmente.

Para a coleta de dados, foi empregado um instrumento que consta inicialmente de buscas sociodemográficas, tais como: idade, raça, moradia, renda (própria e familiar) e grau de escolaridade, seguido de perguntas sobre a vida obstétrica da mulher, no que diz respeito aos dados obstétricos anteriores e do último parto, concentrando-se em indagações sobre o procedimento de episiotomia (da autorização prévia à quantidade de pontos), número de consultas de pré-natal, dentre outras.

As abordagens às puérperas aconteceram nas Unidades Básicas de Saúde ou no domicílio das mulheres. Após a mulher concordar em participar da entrevista e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, selecionava-se o local para a realização da entrevista. O ambiente, por sua vez, deveria ser restrito e tranquilo (preferencialmente uma sala vazia), permitindo à mulher sentir-se confortável para responder calmamente os questionários por inteiro.

Para caracterizar as mulheres envolvidas no estudo foram utilizadas as seguintes variáveis: faixa etária, estado civil, tempo de relacionamento, raça, escolaridade, renda familiar, renda própria,

ocupação, moradia, número de pessoas e de cômodos no domicílio.

Na variável de ocupação foi realizada reclassificação em decorrência da grande variedade de ocupações/profissões que surgiram (manicures, cabeleireiras, artesãs, professoras, monitoras, lavadeiras, babás, secretárias, dentre outras). Definiu-se como assalariada as que tinham emprego com salário fixo (regime estatutário ou celetista) e não assalariada as que trabalhavam sem renda fixa.

A respeito das características dos dados obstétricos das mulheres, foram utilizadas as seguintes variáveis: número total de gestações, números de abortos, número de partos, tipo de gestação, desejo de engravidar no momento, número de consultas pré-natal e apresentação do bebê no parto.

Os resultados referentes ao questionário com informações sociodemográficas e obstétricas dos sujeitos da pesquisa foram analisados de forma descritiva. Os aspectos éticos foram respeitados, levando-se em conta a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos<sup>(9)</sup>. O projeto de pesquisa foi encaminhado e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí - UFPI (CAAE: 13178013.6.0000.5214).

## RESULTADOS

A amostra desse estudo foi composta por 126 mulheres piauienses submetidas a episiotomia, as quais foram avaliadas quanto a sua sexualidade enquanto necessidade humana básica de enfermagem.

A média de idade referida pelas entrevistadas foi 24,6 anos, variando de 16 a 40 anos (DP=5,0). A maioria estava entre 21 e 30 anos (65,1%) e a menor parte (12,7%), estava entre 31 e 40 anos. Cerca de 22,2% estavam entre 16 e 20 anos.

Grande parte das mulheres (46,8%) definiu seu estado civil como união estável, assim definia quando morava com o companheiro, porém sem casamento civil ou religioso - seguido de mulheres casadas (30,2%), solteiras (18,3%) e viúvas (1,6%).

Quando indagadas sobre o tempo de relacionamento com os parceiros, grande parte (37,3%) mantinha a relação de 1 a 3 anos, seguido de 9 a 12 meses (21,4%) e de 3 a 5 anos de relacionamento (10,3%). Com relação à raça, grande parte se autodeclarou branca (43,7%), seguida das pardas (33,3%).

Referente ao grau de escolaridade, oito mulheres (6,3%) referiram serem analfabetas e 3,2% definiram-se como alfabetizadas (sabiam ler e escrever). A maioria possuía estudos até o ensino fundamental (51,5%), sendo que, deste número, 30,1% não o havia completado. Mulheres com ensino médio incompleto somaram 21,4%, e com ensino médio completo somente 12,7%. Apenas 4% das mulheres possuíam ensino superior (incompleto: 1,6%, e completo 2,4%).

A maioria referiu ter renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos (69,8%). Sobre a renda própria da mulher, a grande parte das mulheres declarou não possuir renda própria (69,8%).

**Tabela 1 - Perfil sociodemográfico das mulheres submetidas à episiotomia participantes da pesquisa. Teresina-PI, 2014.**

Variáveis	N	%
<b>Faixa etária (anos)</b>		
16-20	28	22,2
21-30	82	65,1
31-40	16	12,7
Média (DP)	24,6 (5,0)	
<b>Estado civil</b>		
Solteira	23	18,3
Casada	38	30,2
União estável	59	46,8
Viúva	02	1,6
Outro	04	3,2
<b>Tempo de relacionamento</b>		
< 6 meses	03	2,4
6 a 9 meses	02	1,6
9 a 12 meses	27	21,4
1 a 3 anos	47	37,3
3 a 5 anos	23	18,3
5 a 10 anos	13	10,3
>10 anos	07	5,6
N/A	04	3,2
<b>Raça</b>		
Branca	55	43,7
Preta	21	16,7
Parda	42	33,3
Amarela	04	3,2
Indígena	02	1,6
Outra	02	1,6
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeta	08	6,3
Alfabetizada	04	3,2
Fundamental incompleto	38	30,1
Fundamental completo	27	21,4
Médio incompleto	27	21,4
Médio completo	16	12,7
Superior incompleto	02	1,6
Superior completo	03	2,4
Pós-graduação incompleta	01	0,8
<b>Renda familiar</b>		
< 1 SM	27	21,4
1 a 2 SM	88	69,8
3 a 4 SM	11	8,7
<b>Renda própria</b>		
< 1 SM	27	21,4
1 a 2 SM	10	7,9
> 4 SM	01	0,8
Não possui	88	69,8
<b>Ocupação</b>		
Assalariada	15	11,9
Não assalariada	19	15,1
Dona de casa	71	56,3
Estudante	21	16,7
<b>Moradia</b>		
Cedida	46	36,5
Alugada	41	32,5
Própria	39	31,0
<b>Número de pessoas domicilio</b>		
Até 4	68	54,0
> 4	58	46,0
Média (DP)	4,5 (1,4)	
<b>Número de cômodos no domicilio</b>		
Até 4	56	44,4
> 4	70	55,6
Média (DP)	4,5 (1,7)	
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100,0</b>

No momento da entrevista, a maioria das mulheres definiu sua ocupação como de dona de casa ou do lar (56,3%), e 16,7% disseram ser estudantes. Com relação à moradia, 46 mulheres (36,5%) declararam morar em casas cedidas, 41 delas (32,5%)

residiam em casas alugadas e 39 (31%) viviam em casas próprias.

Sobre a quantidade de pessoas que residiam no mesmo domicílio, a média de pessoas nas casas das mulheres entrevistadas foi de 4,5 (DP=1,4). Onde a maioria tinha até 4 pessoas (54%) e o restante afirmou ter mais de 4 pessoas no domicílio (46%). Já sobre o número de cômodos no domicílio, a média foi de 4,5 (DP=1,7). A maioria das entrevistadas disse ter mais que 4 cômodos no domicílio (55,6%), e as outras afirmaram ter até 4 cômodos em suas residências.

Com relação ao número total de gestações, grande parte das mulheres só engravidou uma vez na vida (43,7%), relatando nunca ter abortado (77,8%), sendo que a maioria era primípara (54,0%), seguidas por 27,0% com dois partos. Não ocorreu nenhum parto gemelar.

Quando questionadas sobre o desejo de engravidar, 101 mulheres (80,2%) responderam que não tinham esse desejo. A média de comparecimento às consultas de pré-natal foi de 4,9% (DP= 2,2). A maioria das mulheres esteve presente entre 1 a 5 consultas (57,1%), grande parte compareceu a 6 ou mais consultas (34,1%) e 8,7% das gestantes não fez nenhum tipo de acompanhamento pré-natal.

**Tabela 2 - Distribuição das mulheres submetidas à episiotomia segundo dados obstétricos. Teresina-PI, 2014.**

Variáveis	N	%
<b>Número de gestações</b>		
0	01	0,8
1	55	43,7
2	37	29,4
3	18	14,3
4	08	6,3
>4	07	5,6
<b>Número de abortos</b>		
0	98	77,8
1	20	15,9
2	08	6,3
<b>Número de partos</b>		
0	01	0,8
1	68	54,0
2	34	27,0
3	14	10,3
4	04	3,2
5	06	4,8
<b>Tipo de gestação</b>		
Única	126	100,0
Gemelar	-	-
<b>Querida engravidar no momento</b>		
Sim	25	19,8
Não	101	80,2
<b>Número de consultas pré-natal</b>		
Nenhuma	11	8,7
1-5 consultas	72	57,1
≥6 consultas	43	34,1
Média (DP)	4,9 (2,2)	
<b>Apresentação do bebê</b>		
Cefálica	89	70,6
Pélvica	01	0,8
Não soube informar	36	28,6
<b>Total</b>	<b>126</b>	<b>100,0</b>

DP: Desvio padrão

A maioria das apresentações dos bebês intraparto foi cefálica ou “encaixado” (70,6%), uma única mulher (0,8%) afirmou ter tido parto normal com apresentação pélvica ou “sentado”, e 36 delas

(28,6%) não souberam afirmar a apresentação do filho no momento do parto.

## DISCUSSÃO

Mulheres com menor escolaridade vivenciam mais violência, principalmente pela associação à dependência do agressor, que na maioria das vezes é a dependência econômica<sup>(10)</sup>. A baixa escolaridade das mulheres, bem como dos parceiros, pode determinar também dificuldades na relação interpessoal entre homens e mulheres e interferir na resolução de problemas cotidianos. Isso reflete diretamente na dificuldade de uma qualificação profissional, o que resulta em baixas remunerações ou até o desemprego.

Em ambientes onde a mulher depende financeiramente do parceiro, de cultura do “macho dominante”, mulheres tendem a ter dificuldades em expressar seus sentimentos com relação a sexualidade. Para que o casal consiga desenvolver uma vida sexual prazerosa é necessário que os parceiros assumam a realidade sexual de cada um, buscando harmonizá-las, visto que o homem tem ritmo e tempo sexual diferente.

No quesito moradia, as entrevistadas residiam em casas cedidas com mais de 4 cômodos e com até 4 pessoas no mesmo domicílio. Sabe-se que alguns programas governamentais vêm auxiliando famílias de baixa renda na aquisição de bens, como casas próprias, entretanto, urge a necessidade paralela de que essas famílias se qualifiquem para manter a estabilidade financeira nos seus domicílios.

Em relação aos dados obstétricos entre as mulheres submetidas a episiotomia, não houve gestação gemelar e, em quase sua totalidade, as entrevistadas não planejaram a gravidez. Essas mulheres eram primigestas e primíparas, sem histórico de aborto autorreferido, com parto sem distorcias e afirmaram feto em apresentação cefálica no momento do parto (Tabela 2).

A recomendação do NICE<sup>(11)</sup> em gestações gemelares de termo não-complicadas, com o primeiro gêmeo em apresentação cefálica, é de que o parto vaginal deve ser tentado e a cesariana eletiva não deve ser oferecida rotineiramente. No entanto, a via de parto nas gestações gemelares permanece controversa. Sugere-se que depende de vários fatores, entretanto, muitas das recomendações sobre a conduta durante o trabalho de parto nos gêmeos são baseadas em poucos estudos randomizados.

A realização da episiotomia ocorre especialmente em primíparas. Corroborando com o resultado encontrado, Montenegro e Rezende JR<sup>(12)</sup>, afirmam que a episiotomia é, quase sempre, indispensável nas primiparurientes e nas múltiparas em as quais tenha sido anteriormente praticada. Portanto, esse procedimento acaba sendo realizado praticamente em todos os partos, como rotina hospitalar, sem analisar outros fatores como vantagens e desvantagens para cada parturiente<sup>(13)</sup>.

Nos resultados, é perceptível e frequente a presença da gravidez não planejada. Outro estudo realizado também no Piauí e no mesmo período, revela que as jovens com renda familiar maior que

três salários mínimos apresentaram-se 20% mais propensas a não serem usuárias dos serviços de planejamento familiar, quando comparadas às que possuíam até um salário mínimo<sup>(14)</sup>. Todavia, apesar de apresentarem renda familiar inferior as mulheres do estudo dos autores acima citados, as entrevistadas com episiotomia referidas nesse estudo apresentaram postura semelhante quanto ao planejamento familiar inadequado ou inexistente.

Esse dado revela a necessidade da inclusão de mulheres em idade fértil na realização do planejamento familiar tanto na Atenção Básica de Saúde quanto em escolas e grupos comunitários, direcionado até mesmo para puérperas, prevenindo assim nova gravidez indesejada. Para tal, faz-se oportuno o uso de tecnologias assistidas e emancipatórias que possam conduzir, de fato, mudanças de comportamento sexual de risco.

Nessa perspectiva, os profissionais da saúde, em particular o enfermeiro, têm papel relevante em propagar os Métodos Anticoncepcionais (MAC) junto à população assistida na Estratégia Saúde da Família (ESF). Esses profissionais são, atualmente, os principais responsáveis pela atenção voltada ao planejamento familiar no país, ao informar, promover e disponibilizar os diferentes MAC autorizados pelo Ministério da Saúde, inclusive o método natural da Lactação com Amenorréia (LAM)<sup>(15)</sup>.

A quantidade de mulheres que não aderiu a nenhuma consulta de pré-natal foi relativamente baixa (8,7%), corroborando com um estudo realizado com dados de prontuários de gestante de uma Maternidade do Ceará, no qual constatou que a maior parte das gestantes realizaram pré-natal<sup>(16)</sup>. No entanto, esse dado não é de todo vantajoso levando-se em conta que o Ministério da Saúde preconiza a realização de, pelo menos, seis consultas durante todo o período gravídico, como requisito mínimo para qualidade do acompanhamento pré-natal<sup>(17)</sup>. Esse resultado dá notoriedade ao reduzido ou inexistente comparecimento dessas mulheres aos serviços de saúde tanto na pré, quanto na pós-concepção.

As consultas de pré-natal podem ser realizadas na Unidade Básica de Saúde ou em visitas domiciliares. O total deve ser de, no mínimo seis, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro, quando possível. As consultas devem obedecer ao seguinte cronograma, sempre que possível: até a 28ª semana - mensalmente, da 28ª a 36ª - quinzenalmente, da 36ª até a 41ª - semanalmente<sup>(18)</sup>. Tudo isso, aproximará a gestante dos serviços, para ter uma gravidez e parto saudáveis, bem como na prevenção de novas gestações não planejadas.

A enfermagem necessita conhecer os agentes que recebem seus cuidados. Assim, traçar o perfil das mulheres que são atendidas nas redes de atenção a saúde, poderá conduzir planos de prevenção de agravos e promoção da saúde mais resolutivos a essa clientela especificamente.

## CONCLUSÃO

A amostra composta por mulheres apresentou como características notáveis serem brancas, jovens, em união estável, possuírem baixa escolaridade e rendimento familiar. No que concerne aos dados obstétricos às pacientes submetidas à episiotomia eram primigestas e primíparas, não possuíram gestação gemelar e, em sua maioria não planejaram a gravidez, sem histórico de aborto autorreferido, partos sem distorcias com feto em apresentação cefálica.

A episiotomia por ser uma intervenção ainda realizada de forma rotineira nas maternidades, denota a necessidade da análise do perfil sociodemográfico desta clientela como forma de resgate da autonomia da mulher e de uma melhor atuação dos profissionais nas boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento, contribuindo para redução significativa percentual de partos desnecessariamente intervencionistas, e a morbimortalidade materna e perinatal além de estimular no desenvolvimento de políticas públicas de atenção humanizada ao parto.

## REFERÊNCIAS

1. Velho MB, Santos EKA, Collaço VS. Parto normal e cesárea: representações sociais de mulheres que os vivenciaram. Rev Bras Enferm. [Internet] 2014; 67(2): 282-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140038>
2. Diniz SG. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum [Internet] 2009;19(2):313-326. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/204921/mod\\_resource/content/1/genero\\_saude\\_materna.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/204921/mod_resource/content/1/genero_saude_materna.pdf)
3. Silva ALS, Nascimento ER, Coelho EAC. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. Esc Anna Nery [Internet] 2015;19(3):424-431. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0424.pdf>
4. Previatti FJ, Souza VK. Episiotomia: em Foco a visão de Mulheres. Rev Bras Enferm. [Internet] 2007;60(2):197-201. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000200013>
5. Diniz SG, Chacham AS. "The cutabove" and "thecutbelow": the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. Reprod Health Matters. [Internet] 2004;12(23):100-10. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(04\)23112-3](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(04)23112-3)
6. Carroli G, Mignini I. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). The Cochrane Collaboration and published in The Cochrane Library, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub2>
7. Costa MC, Pinheiro NM, Santos LFP, Costa SAA, Fernandes AMG. Episiotomia no parto normal: incidência e complicações. Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX. [Internet] 2015;13(1):173-187. Disponível em:

<https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/655/pdf>

8. Villela JP, Silva ISR, Martins ERC, Ramos RCA, Costa CMA, Spindola T. Episiotomia: sentimentos vivenciados pelas puérperas. Rev enferm UERJ. [Internet] 2016; 24(5):e21882. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.21882>

9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde: Resolução 466/12, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)

10. Moura TC, Paixão GPN, Silva Filho CC, Carvalho MRS, Oliveira KA, Salgado MA, Andrade MS. C&D-Revista Eletrônica da Fainor. [Internet] 2014;7(1):156-170. Disponível em: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/issue/current>

11. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Caesarean section. London (UK): National Institute for Clinical Excellence (NICE); 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11822/>

12. Montenegro CAB, Rezende JR. Obstetrícia fundamental. 10ª ed., 2011.

13. Oliveira SMJV, Miquilini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. Ver Esc Enferm USP. [Internet] 2005;39(3):288-295. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000300006>

14. Moura LNB, Gomes KJO. Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez. Ciênc. Saúde coletiva [Internet]. 2014;19(3):853-863. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.10902013>

15. Moura ERF, Freitas GL, Pinheiro AKB, Machado MMT, Silva RM, Lopes MVO. Lactação com amenorréia: experiência de enfermeiros e a promoção dessa opção contraceptiva. Rev Esc Enferm USP. [Internet] 2011;45(1): 40-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/06.pdf>

16. Silva AHR, et al. Obstetrical profile of pregnant women treated at a public hospital in the state of Ceará, Brazil Rev Enferm UFPI. [Internet] 2015;4(4):29-34. Disponível em: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v4i4.4609>

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 4 v. 2011.

18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção básica [n. 32. Série A]. Brasília [DF]: Ministério da saúde, 2012.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2018/07/09

Accepted: 2019/01/21

Publishing: 2019/03/01

#### Corresponding Address

Nalma Alexandra Rocha de Carvalho

Endereço: Universidade Federal do Piauí. Campus Ministro Petrônio Portella - Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Avenida Universitária, sem número. Bloco 12. Teresina, Piauí, Brasil.

CEP: 64049-550.

E-mail: [enf.nalma.carvalho@hotmail.com](mailto:enf.nalma.carvalho@hotmail.com)

Universidade Federal do Piauí, Teresina.

#### Como citar este artigo:

Silveira FDR, Silva GRF, Shimo AKK, Nery IS, Carvalho NAR, Moraes KLB. Perfil sociodemográfico e obstétrico de mulheres submetidas a episiotomia após o retorno às atividades. Rev. Enferm. UFPI [internet]. 2019 [acesso em: dia mês abreviado ano];8(1):38-43 Disponível em: Insira o DOI.

