



**FREQUÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À REALIZAÇÃO DE EPISIOTOMIA EM
UMA MATERNIDADE ESTADUAL DE ALTO RISCO**

**FREQUENCY AND FACTORS ASSOCIATED WITH THE PERFORMANCE OF EPISIOTOMY IN A
HIGH RISK STATE MATERNITY**

**FRECUENCIA Y FACTORES ASOCIADOS A LA REALIZACIÓN DE EPISIOTOMÍA EN UNA MATERNIDAD
ESTADUAL DE ALTO RIESGO**

Ana Dorcas de Melo Inagaki¹, Bruno de Andrade Silva², Tiago Andrade², Caique Jordan Nunes Ribeiro³, Ana Cristina Freire Abud¹

RESUMO

Objetivo: descrever frequência, indicações e fatores associados à episiotomia. **Método:** estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, realizado em uma maternidade com 372 puérperas e 22 profissionais envolvidos com a assistência ao parto. Os instrumentos de coleta foram um formulário para as puérperas e um questionário para os profissionais. Foi utilizada estatística descritiva, testes de associação e razão de chance. **Resultados:** as frequências de episiotomia e laceração perineal no parto atual foram 107(28,8%) e 133(50,2%), respectivamente. Houve associação significativa entre a episiotomia e primiparidade (OR = 2,513). Não houve concordância entre as indicações citadas pelos profissionais e a ocorrência de episiotomia. **Conclusão:** a frequência de episiotomia esteve de acordo com a recomendação da OMS, porém sua realização não apresentou relação com as indicações citadas pelos profissionais. A primiparidade esteve associada à realização da episiotomia. Não houve associação entre desfecho fetal e episiotomia. **Descritores:** Enfermagem Obstétrica; Episiotomia; Parto Normal.

ABSTRACT

Objective: to describe the frequency, indications, and factors associated with episiotomy. **Method:** this is a descriptive, cross-sectional, quantitative approach carried out in a maternity hospital with 372 puerperal women and 22 professionals involved in childbirth care. The collection instruments were a form for the puerperal and a questionnaire for professionals. Descriptive statistics, association tests and odds ratios were used. **Results:** the frequencies of episiotomy and perineal laceration in the current delivery were 107 (28.8%) and 133 (50.2%), respectively. There was a significant association between episiotomy and primiparity (OR = 2,513). There was no agreement between the indications cited by the professionals and the occurrence of episiotomy. **Conclusion:** the frequency of episiotomy was in agreement with the WHO recommendation, but its accomplishment was not related to the indications cited by the professionals. Primiparity was associated with episiotomy. There was no association between fetal outcome and episiotomy. **Descriptors:** Obstetric Nursing; Episiotomy; Natural Childbirth.

RESUMEN

Objetivo: describir la frecuencia, indicaciones y factores asociados a la episiotomía. **Método:** estudio descriptivo, transversal, de enfoque cuantitativo, realizado en una maternidad con 372 puérperas y 22 profesionales envueltos con la asistencia al parto. Los instrumentos de recolección fueron un formulario para las puérperas y un cuestionario para los profesionales. Fue utilizada la estadística descriptiva, testes de asociación y razón de chance. **Resultados:** las frecuencias de episiotomía y laceración perineal en el parto actual fueron 107(28,8%) y 133(50,2%), respectivamente. Hubo asociación significativa entre la episiotomía y primiparidad (OR = 2,513). No hubo concordancia entre las indicaciones citadas por los profesionales y la ocurrencia de episiotomía. **Conclusión:** la frecuencia de episiotomía estuvo de acuerdo con la recomendación de la OMS, sin embargo su realización no presentó relación con las indicaciones citadas por los profesionales. La primiparidad estuvo asociada a la realización de la episiotomía. No hubo asociación entre desfecho fetal y episiotomía. **Descritores:** Enfermería Obstétrica; Episiotomía; Parto Normal.

¹Enfermeira, Professora Doutora, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe/DEN/UFS. Aracaju (SE), Brasil. E-mails: ana-dorcas@hotmail.com; acfabud@uol.com.br; ²Graduando em Enfermagem Bacharelado, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Sergipe/DEN/UFS. Aracaju (SE), Brasil. E-mails: brunenf@gmail.com; andrade.tiago@hotmail.com; ³Enfermeiro, Mestrando em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe/PPGCS/UFS. Aracaju (SE), Brasil. E-mail: caiquejordan_enf@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A episiotomia consiste em uma incisão cirúrgica realizada no períneo da parturiente com o objetivo de aumentar as dimensões do canal do parto. É um dos procedimentos mais realizados em obstetrícia, que, para alguns, visa proteger o assoalho pélvico e evitar o trauma fetal relacionado ao período expulsivo.¹⁻²

O primeiro caso de realização de episiotomia data de 1742. Esta técnica foi concebida por Fielding Ould, obstetra Irlandês, defensor da sua prática apenas para partos laboriosos ou com complicações. No entanto, em 1918, Pomeroy passou a defender que tal intervenção fosse realizada em todas as parturientes. Ao longo do tempo passou a ser utilizada rotineiramente, sendo extensamente recomendada para primíparas e parturientes com episiotomia anterior, ou seja, toda parturiente.³⁻⁵

A partir da década de 90, essa recomendação passou a ser fortemente contestada e classificada como uma prática utilizada de modo inadequado. Atualmente, recomenda-se que a episiotomia seja realizada de forma seletiva e a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe que sua taxa se estabeleça em torno de 15% a 30%. Apesar de decrescente, observa-se que ainda é um procedimento amplamente utilizado. Entretanto, não há consenso quanto aos critérios adotados para a realização seletiva de episiotomia.⁶⁻⁷

Apesar da falta de critérios, ao avaliar a ocorrência de episiotomia, os fatores mais associados são períneo rígido, peso fetal maior que 3.500 g, segunda fase do trabalho de parto prolongada, partos instrumentais (fórceps ou vácuo), primiparidade e parturientes jovens.⁸⁻⁹

Ativistas favoráveis ao parto natural advogam que a episiotomia nunca deve ser realizada. Esses grupos propõem que a assistência ao parto eutócico seja “Hands off” em defesa do períneo íntegro. Ademais, sugerem que a realização da episiotomia já consiste em uma laceração de segundo grau e nem todas as mulheres terão lacerações e, quando as têm, são na maioria das vezes de primeiro grau.¹⁰⁻¹¹

No Brasil, por estímulo do Ministério da Saúde, objetivando melhorar a assistência ao parto e nascimento, em 2013, iniciaram-se os programas de residência em Enfermagem Obstétrica nas universidades federais, entre elas a Universidade Federal de Sergipe (UFS). Na residência de Enfermagem Obstétrica da UFS, o campo de prática é a maternidade

estadual, caracterizada por ser referência para o alto risco para todo estado, além de Alagoas e Bahia. Esta maternidade também é campo de prática para alunos da graduação dos cursos de medicina e enfermagem, assim como residentes de medicina da UFS e de outras universidades. Considerando que a residência em enfermagem obstétrica tem como pressuposto a assistência ao parto centrada na mulher e família, com estímulo ao parto normal e a desmedicalização do cuidado, com consequente redução da assistência intervencionista, surgiu o interesse em avaliar qual tem sido a prática nessa maternidade com relação à episiotomia.

Diante do exposto, este estudo tem por objetivo descrever qual tem sido a prática obstétrica em relação à episiotomia na referida maternidade, determinando sua frequência, indicações e desfecho.

Assim, esta pesquisa se justifica para diagnosticar a situação atual na instituição estudada e subsidiar a construção de protocolos que favoreçam a melhoria da assistência obstétrica, fundamentando-a em um modelo baseado em evidências científicas e humanizado, respeitando a integridade da mulher, seu protagonismo e o respeito ao nascituro.

MÉTODO

Estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa. O ambiente de pesquisa foi uma maternidade estadual localizada no município de Aracaju. Nessa maternidade ocorrem cerca de 5.700 partos ao ano de mulheres provenientes de todo o estado de Sergipe e outros, especialmente Alagoas e Bahia. A prevalência de parto vaginal é de cerca de 40%.¹²

A maternidade conta com 35 obstetras que atuam na assistência direta ao parto, 17 médicos residentes em obstetrícia e ginecologia, oito enfermeiras obstetras e 11 residentes em enfermagem obstétrica.

A população-alvo do estudo foram as puérperas em pós-parto normal, de qualquer idade, e os profissionais que assistem diretamente ao parto. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Para as puérperas menores de 18 anos, o TCLE foi assinado por um responsável legal e também por ela, assentindo sua participação no estudo.

A amostra foi composta por 372 puérperas e baseada no cálculo amostral por Barbeta¹³, considerando que a maternidade atende a 5.700 nascimentos ao ano, sendo aceito erro de 5%. Quanto à amostra dos profissionais, esta foi não probabilística e por conveniência,

considerando o alto índice de recusa em participar, perfazendo total de 22 profissionais.

O período da coleta de dados foi de março a maio de 2015.

Para coleta de dados das puérperas, foi utilizado um formulário com questões fechadas, o qual foi preenchido por meio de entrevista, análise documental do prontuário do binômio mãe/recém-nascido e do cartão da gestante. Para os profissionais, foi utilizado um questionário autoaplicável.

Os dados foram armazenados no software *Microsoft Office Excel® 2010*. Foi realizada análise exploratória dos dados por meio da estatística descritiva. Os dados quantitativos foram expressos em medidas de tendência central e dispersão e os dados categóricos na forma de frequências absolutas e relativas.

Para avaliar a associação entre a episiotomia e as possíveis indicações rotineiramente citadas, foram realizados testes do Qui-quadrado, teste Exato de Fisher e razões de chances (*odds ratio*) com intervalos de confiança de 95%, sendo admitida uma significância estatística de 5% para todo o estudo ($p < 0,05$). Os dados foram analisados no software *Bioestat*, versão 5.0, e apresentados por meio de tabelas e quadro.

O projeto de pesquisa seguiu as recomendações dispostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi submetido e aprovado pelo Comitê De Ética

Em Pesquisa com seres humanos da UFS sob o CAAE: 40704814200005546.

RESULTADOS

Participaram deste estudo 372 puérperas assistidas no período de março a maio de 2015 e 22 profissionais, sendo nove (40,9%) médicos especialistas em ginecologia e obstetrícia, quatro (18,2%) médicos residentes em ginecologia e obstetrícia, cinco (22,7%) enfermeiros obstetras e quatro (18,2%) residentes em enfermagem obstétrica, todos envolvidos na assistência ao parto.

Conforme demonstrado na Tabela 1, a procedência das puérperas foi predominantemente da grande Aracaju, 185 (49,7%), que engloba Aracaju, Barra dos Coqueiros, Nossa Senhora do Socorro e São Cristóvão, seguida dos demais municípios do estado, 169 (45,4%). A faixa etária predominante foi entre 20 e 35 anos com 249 (67,0%) puérperas. Chama a atenção a significativa proporção de adolescentes, correspondendo a 89 (23,9%).

A frequência de episiotomia no parto atual foi de 28,8%, tendo sido realizada em 107 participantes da amostra. Dentre as 89 adolescentes, 30 (33,7%) foram submetidas à episiotomia, proporção maior que nas demais faixas etárias, Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das puérperas assistidas na maternidade estadual de acordo com a faixa etária, procedência e antecedentes obstétricos. Aracaju (SE), Brasil (2015)

Variáveis	Faixa etária								Total	
	< 17		17-19		20-35		>35			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Procedência										
Grande Aracaju	14	45,1	25	43,1	127	51,0	19	55,9	185	49,7
Interior de Sergipe	17	54,9	29	50,0	109	43,8	14	41,1	169	45,4
Outros Estados	-	-	4	6,9	13	5,2	1	3,0	18	4,9
Total	31	100,0	58	100,0	249	100,0	34	100,0	372	100,0
Número de gestações										
1	27	87,0	41	70,7	81	32,5	1	3,0	150	40,3
2	4	13,0	14	24,1	72	29,0	13	38,2	103	27,7
≥3	-	-	3	5,2	96	38,5	20	58,8	119	32,0
Total	31	100,0	58	100,0	249	100,0	34	100,0	372	100,0
Número de partos incluindo o atual										
1	29	93,5	44	76,0	92	37,0	1	3,0	166	44,6
2	2	6,5	14	24,0	81	32,5	15	44,0	112	30,1
≥3	-	-	-	-	76	30,5	18	53,0	94	25,3
Total	31	100,0	58	100,0	249	100,0	34	100,0	372	100,0
Abortos										
0	29	93,5	53	91,4	198	79,5	26	76,5	306	82,3
1	2	6,5	3	5,2	38	15,3	7	20,6	50	13,4
2	-	-	1	1,7	10	4,0	-	-	11	3,0
≥3	-	-	1	1,7	3	1,2	1	2,9	5	1,3
Total	31	100,0	58	100,0	249	100,0	34	100,0	372	100,0
Episiotomia progressa										
0	3	9,7	11	19,0	56	22,5	9	26,5	79	21,2

1	1	3,2	5	8,6	83	33,4	15	44,1	104	28,0
2	-	-	-	-	19	7,6	4	11,8	23	6,2
≥3	-	-	-	-	10	4,0	5	14,7	15	4,0
Não se aplica**	27	87,1	42	72,4	81	32,5	1	2,9	151	40,6
Total	31	100,0	58	100,0	249	100,0	34	100,0	372	100,0
Episiotomia no parto atual										
Sim	13	42,0	17	29,3	67	27,0	10	29,4	107	28,8
Não	18	58,0	41	70,7	182	73,0	24	70,6	265	71,2
Total	31	100,0	58	100,0	249	100,0	34	100,0	372	100,0
Houve laceração (Somente aquelas não submetidas à episiotomia)										
Sim	8	44,5	24	58,5	88	48,4	13	54,2	133	50,2
Não	10	55,5	17	41,5	94	51,6	11	45,8	132	49,8
Total	18	100,0	41	100,0	182	100,0	24	100,0	265	100,0
Necessidade de rafia										
Sim	8	100,0	21	87,5	78	88,6	12	92,3	119	89,5
Não	-	-	3	12,5	10	11,4	1	7,7	14	10,5
Total	3	100,0	24	100,0	88	100,0	13	100,0	133	100,0

*Exclui o parto atual (p=0,44); **Puérperas após primeiro parto ou parto anterior por cesariana. Mín.-máx. da idade 13-43; média 25,4; moda 21; mediana 25.

Não houve associação de episiotomia no parto atual com episiotomia pregressa, nem com adolescência, com p=0,44 e p=0,29, respectivamente.

Entre as 265 puérperas que não foram submetidas à episiotomia, metade apresentou laceração, 133 (50,2%). Dentre as adolescentes de até 17 anos, a proporção de laceração foi ligeiramente menor, oito (44,5%). Porém, entre aquelas com até 17 anos, a rafia foi necessária em sua totalidade (100,0%), no entanto não foi observada associação entre adolescência e a necessidade de rafia (p=0,55). Das 133 puérperas com laceração, 119 (89,5%) necessitaram realização da rafia.

Ao avaliar a associação entre laceração e episiotomia pregressa, excluíram-se aquelas que eram primíparas e aquelas nas quais foi realizada episiotomia no parto atual. Não

houve associação entre episiotomia pregressa e laceração no parto atual (p=0,94).

A ocorrência de episiotomia pregressa também não foi um fator determinante para realização de episiotomia no parto atual (p=0,44).

A Tabela 2 demonstra a relação primiparidade, condições de nascimento e a realização ou não da episiotomia. Na amostra estudada, 166 puérperas eram primíparas, entre elas 65 (39,1%) foram submetidas à episiotomia, revelando que ser primípara imprime maior chance (OR = 2,513) para realização de episiotomia. Adicionalmente, foi encontrada associação entre primiparidade e a ocorrência de laceração (p=0,001), contudo não foi verificada associação entre primiparidade e necessidade de rafia nas parturientes com laceração (p=0,88).

Tabela 2. Distribuição das puérperas quanto à relação entre ocorrência de episiotomia no parto atual, primiparidade e condições do nascimento. Aracaju (SE), Brasil (2015)

Variáveis	Episiotomia				Total	
	Sim		Não		n	%
	n	%	n	%		
Primiparidade p < 0,001 OR= 2,513 [IC95% 1,586 - 3,983]						
Sim	65	60,7	101	38,1	166	44,6
Não	42	39,3	164	61,9	206	55,4
Total	107	100,0	265	100,0	372	100,0
Idade gestacional em que ocorreu o parto (IG) p = 0,73						
<28	1	0,9	8	3,0	9	2,4
28 - 36	27	25,2	66	24,9	93	25,0
≥ 37	79	73,8	191	72,1	270	72,6
Total	107	100,0	265	100,0	372	100,0
Peso ao nascer (baixo peso: p = 0,91 e macrosomia: p = 0,23)						
<1000	-	-	7	2,6	7	1,9
1000 - 1499	-	-	6	2,3	6	1,6
1500 - 2499	23	21,5	47	17,7	70	18,8
2500 - 3999	80	74,8	201	75,8	281	75,5
≥ 4000	4	3,7	4	1,5	8	2,2
Total	107	100,0	265	100,0	372	100,0

Apgar de 1º minuto p = 0,4						
0 - 3	1	0,9	8	3,0	9	2,4
4 - 6	13	12,1	18	6,8	31	8,3
7	11	10,3	12	4,5	23	6,2
8 - 10	80	74,8	215	81,1	295	79,3
Sem registro	2	1,9	12	4,5	14	3,8
Total	107	100,0	265	100,0	372	100,0

Ao realizar teste de associação, como Qui-quadrado e teste exato de Fisher, observou-se que não houve associação entre a idade gestacional ($p=0,73$), condição de nascimento avaliada pelo Apgar de primeiro minuto ($p=0,4$), baixo peso ($p=0,91$) e macrossomia ($p=0,23$) com a ocorrência de episiotomia no parto atual (Tabela 2). Apesar dos dados não apresentarem associação entre a realização da episiotomia em partos de fetos com baixo peso ($p=0,91$) ou macrossômicos ($p=0,23$), observa-se que os 13 fetos que pesaram até 1499g as mães não receberam episiotomia e entre aqueles com peso entre 1500g e 2499g a frequência de episiotomia foi de 32,8%; em contrapartida, para os oito fetos com peso

igual ou acima de 4000g, a episiotomia foi realizada em quatro (50,0%) mães.

Para análise da Tabela 3 foram excluídas duas parturientes que pariram sozinhas. Os partos foram realizados por médicos, 295 (79,7%), na maioria dos casos, sem evidência de associação entre a categoria profissional e a realização de episiotomia ($p=0,23$). Entretanto, a proporção de episiotomia realizada por enfermeiras foi menor que a realizada por médicos, 22,7% e 30,5%, respectivamente. Chama atenção a alta proporção de profissionais das duas categorias que não se apresentou às pacientes e não pediu anuência para realizar a episiotomia, não havendo também diferença estatística, $p=0,98$ e $p=0,27$, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das puérperas assistidas na maternidade estadual quanto ao profissional que realizou o parto e conduta durante a assistência. Aracaju (SE), Brasil (2015)

Variáveis	Profissional que assistiu o parto						Total	
	Médico		Enfermeiro		Sem registro			
	n	%	n	%	n	%	n	%
O profissional se apresentou? $p=0,98$								
Sim	33	11,3	9	12,0	-	-	42	11,4
Não	260	88,7	66	88,0	2	100,0	328	87,6
Total	293	100,0	75	100,0	2	100,0	370	100,0
O profissional avisou que faria a episiotomia? $p=0,27$								
Sim	27	30,0	8	47,1	-	-	35	32,7
Não	63	70,0	9	52,9	-	-	72	67,3
Total	90	100,0	17	100,0	-	-	107	100,0
Realizou episiotomia? $p=0,23$								
Sim	90	30,5	17	22,7	-	-	107	28,8
Não	205	69,5	58	77,3	-	-	263	71,2
Total	295	100,0	75	100,0	-	-	370	100,0

Quanto à caracterização dos profissionais, a amostra foi predominantemente feminina, 17 (77,3%). Em relação ao tempo de conclusão da graduação e residência/especialização, a maioria dos médicos e enfermeiras, 13 (59,1%) e 12 (85,8%), possuía tempo de conclusão superior a cinco anos, respectivamente. Quando questionados quanto à frequência de realização de episiotomia, um (4,5%) afirmou nunca realizar, 12 (54,5%) quase nunca e nove (41,0%) quase sempre (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos profissionais de acordo com sexo, tempo de formação e frequência de realização de episiotomia. Aracaju (SE), Brasil (2015)

Variáveis	Categoria profissional								Total	
	Médico Plantonista		Médico Residente		Enfermeiro Obstetra		Enfermeiro Residente		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sexo										
Masculino	3	33,3	1	25,0	1	20,0	-	-	5	22,7
Feminino	6	66,7	3	75,0	4	80,0	4	100,0	17	77,3
Total	9	100,0	4	100,0	5	100,0	4	100,0	22	100,0
Tempo de conclusão da graduação										
Até 5 anos	-	-	4	100,0	1	100,0	4	100,0	9	40,9
> 5 anos	9	100,0	-	-	4	80,0	-	-	13	59,1
Total	9	100,0	4	100,0	5	100,0	4	100,0	22	100,0
Tempo de conclusão da residência e/ou especialização - excluídos os residentes										
Até 5 anos	-	-	-	-	2	40,0	-	-	2	14,2
> 5 anos	9	100,0	-	-	3	60,0	-	-	12	85,8
Total	9	100,0	-	-	5	100,0	-	-	14	100,0
Frequência de realização de episiotomia										
Nunca	-	-	-	-	-	-	1	25,0	1	4,5
Quase nunca	3	33,3	3	75,0	4	80,0	2	50,0	12	54,5
Quase sempre	6	66,7	1	25,0	1	20,0	1	25,0	9	41,0
Total	9	100,0	4	100,0	5	100,0	4	100,0	22	100,0

No que tange às indicações citadas pelos entrevistados como justificativa para a realização da episiotomia, encontramos como

principais delas a resistência do períneo, demora do período expulsivo, tamanho do feto e primiparidade (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição das justificativas dadas pelos profissionais para a realização da episiotomia. Aracaju (SE), Brasil (2015)

Justificativas para realização da episiotomia	n	%
Resistência do períneo e/ou possibilidade de laceração	17	77,2
Demora do período expulsivo	7	31,8
Tamanho do feto	4	18,2
Sofrimento fetal	3	13,6
Primiparidade	3	13,6
Parto instrumental	3	13,6
Episiotomia pregressa	2	9,1
Prematuridade extrema	1	4,5
Desnutrição materna	1	4,5
Preservação do assoalho pélvico	1	4,5
Feto Pélvico	1	4,5
Parturiente pouco colaborativa	1	4,5

DISCUSSÃO

As parturientes assistidas na maternidade em estudo eram jovens com idade média de 25,4 anos com grande proporção de adolescentes, 89 (23,9%); quase a metade proveniente da grande Aracaju, 185 (49,7%); a maioria, 223 (59,9%), estava na segunda gestação ou mais. Destaca-se o aumento de gestantes adolescentes e de parturientes provenientes de outros municípios do estado de Sergipe em comparação ao estudo realizado em 2005 no mesmo estado.¹⁴

Das 372 puérperas entrevistadas, 107 (28,8%) foram submetidas à episiotomia no parto atual, taxa esta que está dentro do recomendado pela OMS que é, idealmente, em torno de 15,0% e não mais que 30,0%.^{7,15} Importante destacar que a instituição em estudo é caracterizada por assistência ao alto risco obstétrico e mesmo assim a frequência de episiotomia encontrada está abaixo da

média nacional brasileira (56,0%), descrita no inquérito epidemiológico realizado no período de fevereiro de 2011 a outubro de 2012.¹⁶ Mundialmente, encontram-se frequências de episiotomia que variam de 4,9% na Dinamarca a 75,0% no Chipre.¹⁷

Entre as parturientes que não foram submetidas à episiotomia, a taxa de laceração foi de 50,2%, observada em 133 pacientes, e 119 (89,5%) necessitaram de rafia. Nossa frequência de laceração revelou-se superior a um estudo realizado em 2011, em que a frequência de laceração foi 37,6%.¹⁸ A alta proporção de laceração encontrada nesta pesquisa pode estar associada ao fato de, na instituição em estudo, os partos serem realizados em posição litotômica e quase sempre com uso de ocitocina, apesar disso cerca de 50% mantiveram-se com períneo íntegro. Estudos apontam que é possível taxas muito baixas ou nulas de episiotomia e sem ter altas taxas de laceração perineal com

Inagaki ADM, Silva BA, Andrade T et al.

Frequência e fatores associados à realização de...

necessidade de sutura. Esses estudos sugerem que a posição de litotomia é um preditor para realização de episiotomia, assim como a ocorrência de lacerações perineais.^{10,19-20} Todavia, não podemos afirmar categoricamente, tendo em vista que não foi avaliada esta associação. Adicionalmente, não foi possível descrever o grau de laceração, pois não havia registro nos prontuários, sendo esta uma fragilidade inerente a estudos que necessitam de informações constantes em registros dos pacientes. Ressalta-se, assim, a importância dos profissionais que prestam assistência preencherem adequadamente o prontuário, com informações claras, concisas, porém completas.

Este estudo revelou uma maior taxa de episiotomia entre as parturientes adolescentes, 30/89 (33,7%), se comparado às demais faixas etárias, 77/283 (27,2%), apesar da idade materna não ter apresentado associação com a ocorrência de episiotomia no grupo estudado, diferentemente do estudo realizado no Instituto de Medicina Integral (IMIP), em Pernambuco, o qual analisou os fatores de risco maternos para a realização de episiotomia e evidenciou maior chance de realização deste procedimento em adolescentes (OR = 2,22; IC 95%: 1,48-3,32) em relação às demais faixas etárias.¹⁹

Apesar da frequência de episiotomia encontrada apresentar-se menor que a média nacional e dentro da faixa recomendada pela OMS, é preocupante o fato dos profissionais, tanto médicos quanto enfermeiras, não solicitarem autorização da parturiente para realizá-la, ferindo a autonomia e desrespeitando o protagonismo da mulher. Consideramos que a realização da episiotomia em si não configura violência, entretanto o consentimento livre e esclarecido deve ser assegurado à parturiente. Apresentar-se e pedir anuência para a realização de procedimentos durante o trabalho de parto faz parte das chamadas boas práticas na assistência obstétrica. Nossos dados reforçam a afirmativa de que a região Nordeste apresenta os piores indicadores de boas práticas da assistência à mulher.¹⁶

A primiparidade esteve associada à realização da episiotomia. Este dado pode ser justificado devido à premissa aceita por muitos anos sobre a indicação para a realização da episiotomia rotineira em primíparas⁵, a qual já não é mais aceita, conforme a classificação das boas práticas de assistência ao parto e nascimento da OMS.⁷ Em nosso estudo, a primiparidade conferiu 2,513 chances das primíparas serem submetidas à episiotomia. Também foi

encontrada associação entre primiparidade e a ocorrência de laceração ($p=0,001$). Entretanto, não houve associação entre primiparidade e necessidade de rafia nas parturientes com laceração ($p=0,88$). Esses dados demonstram que apesar das primíparas apresentarem mais laceração que as demais parturientes, não incrementou a necessidade de rafia, demonstrando que o trauma perineal pela laceração foi menor que o da episiotomia. Ademais, no Vietnã, em um estudo realizado com 69 médicas obstetras e 79 parteiras, a episiotomia foi realizada por 76,8% dos obstetras e 82,8% das parteiras, os quais citaram como principal indicação prevenir lacerações de 3º e 4º graus²¹, no entanto estudiosos afirmam que a episiotomia já se constitui uma laceração de segundo grau, necessitando sempre de rafia e que não se justifica prevenir laceração espontânea realizando uma laceração.^{10,22}

Apesar de apenas três profissionais terem relatado a primiparidade como justificativa para realização de episiotomia, sendo esta a quarta causa referida pelos profissionais, observou-se que eles realizaram mais episiotomia nas primíparas, demonstrando que os profissionais a realizam por costume, e não com embasamento em evidências científicas, nem mesmo em suas próprias crenças. Diversos estudos comprovam que a primiparidade é uma condição que leva os profissionais a realizarem esta técnica, sem avaliar outros fatores relativos ao conceito e à parturiente.^{19,22,23,24}

Estes achados demonstram a incoerência entre o que se julga como indicação para a realização da episiotomia e o que é realizado na assistência, uma vez que os estudos apontam a primiparidade como um fator de risco para a realização de episiotomia.^{11,16,19}

Neste estudo não foi evidenciada associação entre episiotomia progressiva e episiotomia no parto atual, nem com laceração no parto atual, fato que fortalece a necessidade de analisar criticamente literaturas consagradas que indicam sua realização em todas parturientes com história progressiva deste procedimento.⁵

Na amostra estudada, as variáveis como idade materna, peso fetal, idade gestacional, antecedente de episiotomia e condições do nascimento da criança avaliada pelo índice de Apgar não se revelaram associadas à realização da episiotomia.

Os dados revelam que não há necessidade de realização de episiotomia para melhorar os indicadores de nascimento, isso é comprovado por outros estudos que mostraram não haver

Inagaki ADM, Silva BA, Andrade T et al.

relação entre episiotomia e indicadores de morbidade neonatal.^{4,11,16,22}

Alguns estudos revelam que quando avaliadas as condições de nascimento por meio do Apgar, há uma maior frequência de escores mais altos em recém-nascidos por partos nos quais não foram realizados episiotomia.²⁸ Apesar disso, a prematuridade, o sofrimento fetal e a episiotomia pregressa foram citadas pelos profissionais como razões para realização da episiotomia (Quadro 1).

Não houve associação entre a realização de episiotomia e a categoria profissional que assistiu o parto, apesar da frequência de episiotomia ter sido menor nos partos realizados por enfermeiras que nos partos realizados por médicos. Entretanto, diversos estudos relatam menor prevalência de episiotomia quando o parto é realizado por enfermeiras.^{9,19}

Os profissionais foram questionados quanto à frequência que cada um realizava episiotomia, e a maioria respondeu que “nunca ou quase nunca” a realizava. Este fato demonstra coerência com as recomendações da OMS⁷ de que a episiotomia não deve ser um procedimento realizado de rotina, e sim de forma seletiva, também corrobora a frequência encontrada neste estudo que foi de 28,8%.

No que tange às indicações para a realização da episiotomia, os profissionais citaram a resistência do períneo com possibilidade de laceração, demora do período expulsivo e terceira principal justificativa foi o tamanho do feto. Entretanto, ao avaliar as 372 puérperas submetidas ao parto normal, o tamanho do feto não apresentou associação com a realização da episiotomia. Mesmo para os fetos acima de 4.000g, nos quais a frequência de episiotomia foi de 50%, houve aumento da frequência de realização, porém não apresentou associação estatística. Um estudo realizado em uma maternidade na República dos Camarões e outro realizado no Vietnã apontaram como justificativa dos profissionais para realização de episiotomia o feto maior que 3.500g.^{9,26}

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados permitem dizer que a frequência de episiotomia no parto atual foi de 28,8%, dentro do recomendado pela OMS. Os partos foram assistidos predominantemente pelo profissional médico, sendo a resistência do períneo e/ou a possibilidade de laceração as principais razões relatadas como indicação para realização da episiotomia, todavia a primiparidade foi o único fator associado com sua realização. A

Frequência e fatores associados à realização de...

laceração esteve associada com a primiparidade, porém sem associação com a necessidade de rafia. Considerando ser a episiotomia uma laceração de segundo grau com necessidade de rafia, as lacerações se revelaram menos maléficas.

Estudos adicionais dessa natureza são necessários, tendo em vista a necessidade de consenso quanto aos critérios para a realização seletiva deste procedimento e a redução de episiotomia desnecessária.

FINANCIAMENTO

Fundação de Apoio à Pesquisa e Inovação Tecnológica do Estado de Sergipe (FAPITEC).

REFERÊNCIAS

1. Kalis V, Laine K, Leeuw JW, Ismail KM, Tincello DG. Classification of episiotomy: towards a standardization of terminology. BJOG [Internet]. 2012 Apr [cited 2016 May 12];119(5):522-6. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2011.03268.x/epdf>
2. Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. Episiotomia y desgarros obstétricos recientes. EMC Gynécol obstet [Internet]. 2014 Jun [cited 2016 Apr 10];50(2):1-17. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1283081X14673343>
3. Viana IO, Quintão A, Andrade CRA, Ferreira FA, Dumont RD, Ferraz FO, et al. Episiotomy outcomes: literature review. Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2011 Apr-Jun [cited 2016 Apr 10]; 21(2 suppl 4): S1-13. Available from: <http://rmmg.org/exportar-pdf/893/v21n2s4a13.pdf>
4. Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes Filho OB. Prevalence and factors associated with practice of episiotomy at a Maternity School in Recife, Pernambuco, Brazil. Rev Assoc Med Bras [Internet]. 2010 [cited 2016 May 15];56(3):333-9. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n3/en_v56n3a20.pdf
5. Montenegro CAB, Rezende JF. Obstetrícia fundamental. 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014. 766f.
6. Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes Filho OB. Selective episiotomy: advances based on evidence. Femina [Internet]. 2010 [cited 2016 Jul 13];38(5):265-70. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf>
7. World Health Organization. Maternal and newborn health safe motherhood unit. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996.

Inagaki ADM, Silva BA, Andrade T et al.

Frequência e fatores associados à realização de...

8. Pitanguí ACR, Carvalho NHMG, Siqueira CV, Carvalho JFL, Araujo RC. Occurrence and factors associated to the practice of episiotomy. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2014 Feb [cited 2016 Mar 10];8(2):257-63. Available from:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/5820>

9. Nkwabong E, Kouam L. Episiotomies during deliveries of singletons in cephalic presentations: the incidence can be reduced. *The journal of obstetrics and gynecology of India on line* [Internet]. 2012 Dec [cited 2016 Feb 08];62(6):641-43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3575905/>

10. Amorim MM, Franca NAH, Leal NV, Melo FO, Maia SB, Alves JN. Is it possible to never perform episiotomy during vaginal delivery? *Obstet gynecol* [Internet]. 2014 May [cited 2016 Feb 08];123(28): 38. Available from: http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2014/05001/Is_It_Possible_to_Never_Perform_Episiotomy_During.78.aspx

11. Hernández-Martínez A, Pascual-Pedreño AI, Garnés ABB, Malero-Jiménez MR, Alarcón MM. Variabilidad en la tasa de episiotomias y su relación con desgarros perineales graves y morbilidad neonatal. *Enferm clín* [Internet]. 2014 Sept-Oct [cited 2016 Aug 28];24(5):269-75. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862114000424>

12. Inagaki ADM, Silva JC, Sants MS, Santos LV, Abud ACF, Cruz VC. Cesarean: Prevalence, indications, and newborn outcomes. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2014 Dec [cited 2016 Jan 10];8(12):4278-84. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/6491/11011>

13. Barbata PA. Estatística aplicada às ciências sociais. 7th ed. Santa Catarina: Editora UFSC; 2010.

14. Gurgel RQ, Nery AMDG, Almeida MLD, Oliveira ERR, Lima DDF, Bettiol H, et al. Characteristics of pregnancies, deliveries and newborns in the Metropolitan Region of Aracaju, State of Sergipe, Brazil. *Rev bras saude matern infant* [Internet]. 2009 Apr-Jun [cited 2016 Aug 24];9(2):167-77. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n2/a06v9n2.pdf>

15. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs episiotomy: a randomized controlled trial. *Lancet*. [Internet]. 1993 Dec [cited 2016 Aug 24];342(8886):1517-18. Available from:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673605800856>

16. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme-Filha MM, Dias MAB, Pereira MN et al. Obstetrics interventions during labor and childbirth in Brazilian low risk women. *Cad Saúde Pública*. 2014 [cited 2016 Aug 15];30(Suppl17-47). Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0017.pdf

17. European perinatal health report 2010 [Internet]. 2010 [cited 2014 Oct 15]. Available from: <http://www.europeristat.com>

18. Bertozzi S, Londero AP, Fruscalza A, Driul L, Delnire C, Calcagno A, et al. Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after the sixth month postpartum: a retrospective study. *BMC Women's Health* [Internet]. 2011 Apr [cited 2014 Oct 15];11-2. Available from: <http://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-11-12>

19. Braga GC, Clementino STP, Luz PFN, Scavuzzi A, Neto CN, Amorim MMR. Risk factors for episiotomy: a case control-study. *Rev Assoc Med Bras* [Internet]. 2014 Sept-Oct [cited 2014 Oct 15];60(5):465-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v60n5/0104-4230-ramb-60-05-0465.pdf>

20. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2016 May [cited 2016 Sept 19]; 24:e2793. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02686.pdf

21. Trinh AT, Roberts CL, Ampt AJ. Knowledge, attitude and experience of episiotomy use among obstetricians and midwives in Viet Nam. *BMC Pregnancy & Childbirth* [Internet]. 2015 Apr [cited 2016 Sept 19];15(1):101-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25899796>

22. Leal NV, Amorim MM, Franca-Neto AH, Leite DF, Melo FO, Alves JN. Factors associated with perineal lacerations requiring suture in vaginal births without episiotomy. *Obstet gynecol* [Internet]. 2014 May [cited 2016 Sept 19];123(Suppl 163-4S). Available from:

http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2014/05001/Factors_Associated_With_Perineal_Lacerations.133.aspx

23. Saadia Z. Rates and indicators for episiotomy in modern obstetrics- a study from

Inagaki ADM, Silva BA, Andrade T et al.

Frequência e fatores associados à realização de...

Saudi Arabia. Mater Sociomed [Internet]. 2014 Jun [cited 2016 Sept 19];26(3):188-90. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4130686/>

24. Ghammari K, Riyami Z, Maqbali M, Marjabi F, Mahrouqi B, Khatri A, et al. Predictors of episiotomy in primigravida women in Omam. Appl Nurs Res [Internet]. 2016 Feb [cited 2016 Sept 19];29(4):131-5. Available from: [http://www.appliednursingresearch.org/article/S0897-1897\(15\)00100-7/pdf](http://www.appliednursingresearch.org/article/S0897-1897(15)00100-7/pdf)

25. Reye MC, Dolores MHM, Pérez JCS, Dolores MOA, Barragán IJ, Ruiz MAA. Implantation of a selective episiotomy policy in the hospital of Baza. Maternal and fetal outcomes. Prog obstet ginecol [Internet]. 2011 Mar [cited 2016 Sept 19];54 (3):101-8. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-S0304501311000094-S300>

Submissão: 21/09/2016

Aceito: 28/07/2017

Publicado: 15/08/2017

Correspondência

Ana Dorcas de Melo Inagaki
Rua Duque de Caxias, 167, Ap. 1202
Bairro São José
CEP: 49015-320 - Aracaju (SE), Brasil