

Fatores associados à episiotomia em um hospital-escola do Triângulo Mineiro

Factors associated with episiotomy in a teaching hospital in the Triângulo Mineiro

DOI:10.34117/bjdv8n5-135

Recebimento dos originais: 21/03/2022

Aceitação para publicação: 29/04/2022

Bruna Martins Arosti

Graduação em Medicina

Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Endereço: Av. Getúlio Guaritá, 159 – Bairro: Abadia – Uberaba – MG

CEP: 38025-440

E-mail: brunaarosti@gmail.com

Cláudia de Azevedo Aguiar

Doutorado em Ciências da Saúde

Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Endereço: Rua Vigário Carlos, 100 – sala 316 – Bairro: Abadia, Uberaba, MG

CEP: 38025-350

E-mail: claudia.aguiar@uftm.edu.br

Ana Paula Fernandes

Doutorado em Engenharia Mecânica

Instituição: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Endereço: Rua Vigário Carlos, 100 – sala 316 – Bairro: Abadia – Uberaba MG

CEP: 38025-350

E-mail: anapaula.fernandes@uftm.edu.br

RESUMO

Evidências científicas têm demonstrado que o uso rotineiro da episiotomia não traz benefícios à mãe; ao contrário, este procedimento pode resultar em desfechos maternos negativos. Analisar os fatores associados à realização de episiotomia em um hospital universitário mineiro. Estudo transversal retrospectivo, realizado com dados secundários de prontuários de mulheres submetidas à episiotomia em 2017, em um hospital-escola do Triângulo Mineiro. A coleta ocorreu entre out/2018 e ago/2020. As variáveis categóricas foram tratadas em frequências absolutas e relativas e teste Qui-quadrado. A amostra foi clusterizada por intermédio das variáveis idade, paridade e episiotomia. A episiotomia foi realizada em 39,9% dos partos. Primíparas foram mais submetidas ao procedimento (58%) e a intercorrência mais comum no puerpério foi o uso de gelo e/ou banho de assento para alívio da dor perineal (76%), sendo que destas, 15% queixaram-se de dor intensa na região. Identificou-se 9,4 vezes mais chances de intercorrência nos puerpérios imediato e mediato, dado a ocorrência de episiotomia. Houve associação entre idade e episiotomia, indicando que mulheres menores de 18 anos tiveram 3,4 vezes mais chances de serem submetida à episiotomia. Verificou-se, ainda, associação entre episiotomia e paridade, onde primíparas tiveram 6,6 vezes mais chances de sofrerem episiotomia do que as múltíparas. A prática da episiotomia ocorreu de maneira incompatível com as

recomendações da OMS e das evidências científicas, demonstrando urgência na reavaliação das práticas assistenciais naquela instituição.

Palavras-chave: episiotomia, saúde materna, parto, assistência à saúde.

ABSTRACT

Scientific evidence has shown that the routine use of episiotomy doesn't bring benefits to the mothers; instead, this procedure may result in negative maternal outcomes. To analyze the factors associated with the use of episiotomy in a university hospital in Minas Gerais, Brazil. Retrospective cross-sectional study, carried out with secondary data from women's medical records submitted to episiotomy in 2017, in a university hospital of the Triângulo Mineiro, Brazil. The data collection carried out between Oct/2018 and Aug/2020. Categorical variables were treated using absolute and relative frequencies and the chi-square test. The sample was clustered through the variables age, parity and episiotomy. Episiotomy was performed in 39,9% of all deliveries. Primiparous women were more often submitted to episiotomy (58%) and the most common complication in the puerperium was the use of ice and/or sitz bath to relieve perineal pain (76%), of which 15% complained of pain intense in the cut. It was identified 9.4 times more chances of intercurrent in the immediate and mediate puerperium, given the occurrence of episiotomy. There was an association between the variables age and episiotomy, indicating that women under 18 years old were 3.4 times more likely to receive episiotomy. There was also an association between episiotomy and parity, where primiparous women were 6.6 times more likely to have an episiotomy than multiparous women. The practice of episiotomy was incompatible with the WHO recommendations and scientific evidence, demonstrating urgency in the reassessment of care practices in that institution.

Keywords: episiotomy, maternal health, parturition, delivery of health care.

1 INTRODUÇÃO

Iniciada no século XVIII, na Irlanda, a episiotomia consiste em uma incisão na vagina e períneo da parturiente realizada com tesoura ou bisturi, durante o segundo estágio do trabalho de parto. A finalidade do procedimento seria reduzir as lacerações perineais graves e, se associado ao fórceps, minimizaria as chances de trauma fetal. Tal pressuposto foi difundido e transcrito em tratados de Obstetrícia por todo o mundo, mesmo com a ausência de evidências científicas que assegurassem sua efetividade. A partir da década de 1970, foram publicados os primeiros estudos clínicos acerca do tema, os quais questionavam o uso rotineiro da episiotomia. A partir deles, demonstraram-se evidências de riscos associados ao procedimento, tais como dor, edema, hematoma e dispareunia (AMORIN, KATZ, 2018).

Uma revisão Cochrane de estudos clínicos randomizados demonstrou que a episiotomia não protege o assoalho pélvico materno, assim como não protege contra

incontinência urinária ou fecal e contra o prolapso genital. Além disso, a perda sanguínea é mais volumosa com o procedimento, há maior utilização de fios para sutura e maior dor perineal nas mulheres. Constatou-se, ainda, que a realização rotineira do procedimento tende a elevar o risco de lesão perineal grave e de lesão perineal posterior (JIANG et al, 2017).

Um estudo de coorte que avaliou os efeitos da episiotomia em primíparas assistidas em uma maternidade na Turquia identificou a presença de dor em 38,7% das mulheres submetidas à episiotomia, três semanas após o parto. Já entre aquelas que não receberam tal incisão, a dor perineal foi relatada por apenas 16,8% das puérperas (KARACAN et al, 2013).

No estudo de Chang et al (2011), os autores demonstraram que, na primeira semana pós-parto, a diminuição da intensidade da dor perineal nas puérperas que receberam a episiotomia foi mais lenta, em comparação às mulheres não submetidas ao procedimento. Já na segunda semana, as mulheres episiotomizadas relataram maior intensidade de dor em relação ao grupo de mães que não foram acometidas por tal intervenção.

As recomendações de 2018 feitas pela OMS para os cuidados intraparto ressaltam que o uso rotineiro da episiotomia não é recomendado, não havendo evidências acerca de sua efetividade em qualquer situação. Nestas diretrizes, também é apontado que quando o procedimento é feito, as mulheres devem receber informações a respeito dele e a realização deve ser feita por profissional capacitado e sensível às necessidades de cada parturiente (WHO, 2018).

De acordo com a pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento”, realizada nos anos de 2011 e 2012, a prática da episiotomia mostrou-se elevada, ultrapassando o recomendado pela Organização Mundial de Saúde e atingindo a média de 50% dos partos. Como agravante, a episiotomia foi realizada em maior porcentagem nos partos de baixo risco, evidenciando a falta de critérios para a indicação do procedimento. Dentre os partos vaginais, foi constatado o uso excessivo de intervenções, tais como restringir as gestantes aos leitos, sem estímulos para caminhar e sem se alimentarem; utilizar medicamentos para acelerar as contrações e realizar a episiotomia (LEAL et al, 2014a).

Dada a desconformidade encontrada no cenário nacional frente ao recomendado pela Organização Mundial de Saúde no que tange aos procedimentos obstétricos, a investigação local da assistência ao parto, dentre elas a realização da episiotomia, faz-se

fundamental para que as mulheres vivenciem o parto de seus filhos de forma segura e humanizada.

Desta forma, o presente estudo tem o objetivo de analisar os fatores associados à realização de episiotomia em um hospital universitário do Triângulo Mineiro.

2 MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal, retrospectivo, a partir de dados secundários coletados em prontuários de mulheres submetidas à episiotomia no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), no ano de 2017.

O HC-UFTM é um hospital-escola público da atenção terciária, localizado no município de Uberaba/MG, que atende outros 26 municípios da macrorregião Triângulo Sul do Estado. O Hospital possui 302 leitos ativos, sendo 22 para Obstetrícia e 10 de UTI adulto. Neste local, são realizados, em média, 1.300 partos ao ano.

Os dados resultaram de variáveis pré-definidas, contendo dados socioeconômico-demográficos das puérperas, além de dados obstétricos e neonatais.

Os dados coletados foram analisados em software R. As variáveis categóricas foram tratadas em frequências absolutas e relativas e fez-se o estudo de associação entre essas variáveis por meio do teste Qui-quadrado (χ^2); dado o tamanho da amostra, $N=897$, os testes qui-quadrado foram realizados com poder de 99,9%. As variáveis quantitativas foram expressas através da média, e quando adequado, pela mediana e quartis. Tendo havido associação entre idade (categorizada em menor que 18 e maior que 18 anos) e episiotomia, bem como entre episiotomia e paridade, a amostra foi clusterizada por intermédio destas variáveis (idade, paridade e episiotomia). Para tal, foi utilizado o cálculo de distância de *Gower*, uma vez que as variáveis de interesse são categóricas.

O projeto da pesquisa, atendendo as recomendações da Resolução CNS 466/12, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFTM e recebeu aprovação para sua execução, conforme CAAE [nº omitido para revisão às cegas].

3 RESULTADOS

Dos 1.053 partos analisados, 897 foram considerados elegíveis ao estudo, sendo os demais excluídos por se referirem a cesarianas eletivas e partos vaginais domiciliares, cuja assistência hospitalar ocorreu somente no puerpério imediato.

Com relação ao perfil das mulheres submetidas à episiotomia, conforme tabela 1, eram casadas ou amasiadas 54% e solteiras 43%. Do total de pacientes, 54% não

concluíram o 1º e o 2º graus de escolaridade. Autodeclararam-se pardas e negras 68%. No histórico obstétrico, 58% eram primíparas, enquanto 8% das múltiparas foram submetidas à episiotomia prévia. A principal morbidade presente no histórico obstétrico dessas mulheres foram os abortamentos (15%). A maioria das gestações foram a termo (78%), sendo que 16% evoluíram com parto pré-termo.

Dos 897 partos, em 358 (39,9%) foi feita episiotomia, sendo (95,81%) em partos vaginais; (0,84%) em pacientes que entraram em trabalho de parto, mas evoluíram para cesárea e (3,35%) em partos instrumentais a fórceps (Tabela 1).

As principais intercorrências nos partos das mulheres episiotomizadas foram hemorragia moderada (1,1%) e atonia uterina (0,56%). A intercorrência mais comum no puerpério imediato foi o uso de gelo e/ou banho de assento para alívio da dor perineal (76%). No puerpério imediato e tardio, 15% queixaram-se de dor intensa na região da episiotomia. As lacerações espontâneas de 1º e 2º graus atingiram, respectivamente, 4,7% e 7,8% das submetidas à episiotomia (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados socioeconômicos e obstétricos das pacientes submetidas à episiotomia. Uberaba, 2017.

Idade	N (%)
Menores de 18 anos	79 (22,06%)
Maiores de 18 anos	279 (77,94%)
Estado civil	
Solteira	157 (43,85%)
Casada / amasiada	199 (55,59%)
Separada	1 (0,28%)
Não registrado	1 (0,28%)
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	87 (24,30%)
Ensino fundamental completo	56 (15,64%)
Ensino médio incompleto	54 (15,08%)
Ensino médio completo	122 (34,08%)
Ensino superior incompleto	10 (2,79%)
Ensino superior completo	3 (0,84%)
Não registrado	26 (7,27%)
Cor	
Preta	50 (13,97%)
Parda	198 (55,30%)
Branca	110 (30,73%)
Paridade	
Primíparas	211 (58,94%)
Múltiparas	147 (41,06%)
Episiotomia prévia	
Sim	30 (8,38%)

Não	3 (0,84%)
Não registrado	50 (13,97%)
Não se aplica	275 (76,81%)
Morbidades e intercorrências atuais*	
Transtornos hipertensivos	21 (5,87%)
Diabetes mellitus	8 (2,23%)
Hemorragia	6 (1,67%)
Infecção	34 (9,50%)
Via de nascimento	
Vaginal	343 (95,81%)
Cesárea	3 (0,84%)
Fórceps	12 (3,35%)
Idade gestacional	
Até 36 semanas e 6 dias	59 (16,48%)
Até 40 semanas e 6 dias	281 (78,49%)
41 semanas ou mais	18 (5,03%)
Intercorrências no parto*	
Hemorragia moderada	4 (1,11%)
Hemorragia grave	1 (0,28%)
Atonia uterina	2 (0,56%)
Hipotensão	1 (0,28%)
Hipertensão	1 (0,28%)
Intercorrências do puerpério imediato*	
Hemorragia moderada	12 (3,34%)
Hemorragia grave	2 (0,56%)
Atonia uterina	1 (0,28%)
Restos placentários	1 (0,28%)
Hematoma na episiotomia	3 (0,83%)
Uso de gelo na episiotomia / banho de assento	276 (76,89%)
Hipotensão	1 (0,28%)
Dor	49 (13,65%)
Intercorrências do puerpério tardio*	
Hemorragia grave	1 (0,28%)
Infecção na incisão da episiotomia	1 (0,28%)
Dor	6 (1,67%)

* Variáveis que não somam 100% por não estarem presentes em todos os casos.

Fonte: elaborado pelas autoras, 2021.

O teste Qui-quadrado (Tabela 2) indicou a associação entre as variáveis idade (categorizada em menor que 18 e maior que 18 anos) e episiotomia ($p < 0,001$). Por meio do cálculo da razão de chances (OR), verificou-se que mulheres menores de 18 anos tiveram 3,4 vezes mais chances de serem submetida à episiotomia em comparação às maiores de idade; a razão de chance populacional, com confiança de 95%, foi estimada entre 2,3 e 5,2. Também foi constatada a associação entre o número de partos (categorizadas em primíparas e múltíparas) e episiotomia ($p < 0,001$), em que mulheres

primíparas tiveram 6,6 vezes mais chances de sofrerem episiotomia do que mulheres múltíparas; a razão de chance populacional foi estimada entre 4,9 e 9,0, com 95% de confiança.

Tabela 2 - Teste qui-quadrado de independência para idade, nº de gestações, intercorrências no parto e no puerpério, Ápgar de 1º e 5º min. vs ocorrência de episiotomia.

	Ocorrência de episiotomia		Total	p	χ^2	OR	IC 95%
	SIM	NÃO					
Idade categorizada				<0.001	37,6	3,4	4,9 - 9,0
Menor que 18 anos	79 (8.8%)	41 (4.6%)	120 (13%)				
Maior que 18 anos	279 (31%)	498 (56%)	777 (87%)				
Total	358 (40%)	539 (60%)	897 (100%)				
Nº de gestação categorizada				<0.001	10,1	6,6	2,3 - 5,2
Primíparas	210 (23%)	95 (11%)	305 (34%)				
Múltíparas	148 (16%)	444 (49%)	592 (66%)				
Total	358 (40%)	539 (60%)	897 (100%)				
Intercorrência no parto				<0.001	10,1	3,2	1,6 - 6,4
Sim	24 (2,7%)	12 (1,3%)	36 (4%)				
Não	334 (37,2%)	527 (58,7%)	861 (96%)				
Total	358 (39,9%)	539 (60,1%)	897 (100%)				
Intercorrência nos puerpérios imediato e mediato				<0.001	25,3	9,4	3,4 - 15,2
Sim	354 (39,5%)	487 (54,3%)	841 (93,8%)				
Não	4 (0,4%)	52 (5,8%)	56 (6,2%)				
Total	358 (39,9%)	539 (60,1%)	897 (100%)				
Intercorrência no puerpério tardio				<0.001	14,9	1,7	1,3 - 1,7
Sim	229 (25,5%)	273 (30,4%)	502 (56%)				
Não	129 (14,4%)	266 (29,6%)	395 (44%)				
Total	358 (39,9%)	539 (60,1%)	897 (100%)				
Ápgar de 1 minutos¹				<0.001	14,3	2,2	1,5 - 3,2
Até 7	65 (7.4%)	49 (5.6%)	114 (13%)				
De 8 a 10	290 (33%)	476 (54%)	766 (87%)				
Total	355 (40%)	525 (60%)	880* (100%)				

Ápgar de 5 minutos ²		0,008	7,0	2,8	1,3 - 6,0
Até 7	20 (2.3%)	11 (1.2%)	31 (3.5%)		
De 8 a 10	335 (38%)	521 (59%)	856 (97%)		
Total	355 (40%)	532 (60%)	887 (100%)		
¹ Dados faltantes = 17(1,9%)					
² Dados faltantes = 10(1,1%)					

Fonte: elaborado pelas autoras, 2021.

Além disso, neste estudo, foi possível observar a associação entre intercorrência no parto, intercorrência nos puerpérios imediato, mediato e tardio (categorizadas em sim ou não), todas $p < 0,001$, e Ápgar de 1º e 5º minutos (categorizados em até 7 e de 8 a 10), respectivamente, $p < 0,001$ e $p = 0,005$, versus a variável ocorrência de episiotomia (Tabela 2). Desta forma, verificou-se que a razão de chance de ter ocorrido intercorrência no parto foi 3,2 maior do que de não ter ocorrido a intercorrência no parto (intervalo confiança de 95% OR: 1,6 – 6,4), entre as mulheres que foram submetidas à episiotomia. Identificou-se 9,4 vezes mais chances de intercorrência nos puerpérios imediato e mediato, dado a ocorrência de episiotomia. Já para a intercorrência no puerpério tardio, a razão de chance foi de 1,7. Por fim, na análise do Ápgar de 1º minuto, a categoria de até 7 foi maior que 2,2 do que a categoria de 8 a 10 (IC 95% OR: 1,5–3,2) e a chance de Ápgar de 5º minuto, a categoria até 7 foi maior que 2,8 do que a categoria de 8 a 10 (IC 95% OR: 1,3–6,0), dado a ocorrência de episiotomia.

Como consequência das associações entre as categorias de idade e número de gestação com a variável episiotomia, executou-se no R um estudo descritivo da amostra por intermédio de uma análise de cluster. Assim, para a amostra em estudo foram estabelecidos 8 clusteres, que não se interseccionaram.

A tabela 3 mostra o estudo descritivo dos clusteres por meio das variáveis idade, ocorrência de episiotomia prévia, idade gestacional do parto (IGP), ocorrência de intercorrência no parto e no puerpério, e para o Ápgar de 1º e 5º minutos. O cluster 1, maior subconjunto da amostra, trata-se de mulheres maiores de 18 anos, múltíparas e que não foram submetidas à episiotomia, representando 48% da amostra. Os clusteres 5, 7 e 8 também são constituídos de mulheres que não sofreram episiotomia e representam 8%, 2% e 3% da amostra. O cluster 2 e 3 se diferem pelo número de gestação (primíparas e múltíparas) e são semelhantes por serem formados por mulheres maiores que 18 anos e que foram submetidas à episiotomia, os quais representam, na devida ordem, 16% e 15%

da amostra. O cluster 4 representa 8% da amostra e é caracterizado por compor mulheres menores de 18 anos, primíparas e que sofreram episiotomia. O cluster 6 representa 1% da amostra, também constituído de mulheres menores de 18 anos, múltíparas que foram submetidas à episiotomia.

Tabela 3 – Estudo descritivo dos clusters por meio das variáveis idade, episiotomia prévia, idade gestacional do parto, intercorrência no parto e puerpério e Ápgar de 1º e 5º minutos.

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5	Cluster 6	Cluster 7	Cluster 8	p
	> 18 anos múltíparas episio. NÃO	> 18 anos múltíparas episio. SIM	> 18 anos primíparas episio. SIM	< 18 anos primíparas episio. SIM	> 18 anos primíparas episio. NÃO	< 18 anos múltíparas episio. SIM	< 18 anos múltíparas episio. NÃO	< 18 anos primíparas episio. NÃO	
N²	428 (48%)	140 (16%)	139 (15%)	71 (8%)	70 (8%)	8 (1%)	16 (2%)	25 (3%)	
Idade³	26 (22, 30)	26 (22, 30)	21 (19, 25)	16 (15, 17)	21 (19, 25)	17 (16.8, 17)	17 (15.8, 17)	16 (15, 17)	
Episio. prévia² SIM	148 (35%)	29 (21%)	-	-	-	1 (12%)	7 (44%)	-	
Idade Gestacional no Parto³	39 (38, 40)	39 (37, 40)	39 (38, 40)	38 (37, 39)	39 (37, 40)	39 (39, 40)	38 (37, 39)	39 (37, 40)	0,124 ¹
Interc. parto² SIM	8 (1.9%)	9 (6.4%)	11 (7.9%)	4 (5.6%)	3 (4.3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (4.0%)	0,054 ⁴
Interc. puerpério² SIM	389 (91%)	138 (99%)	138 (99%)	70 (99%)	62 (89%)	8 (100%)	14 (88%)	22 (88%)	<0,005 ⁴
Ápgar de 1 min ≥ 7	9 (2.2%)	9 (6.5%)	8 (5.8%)	3 (4.2%)	2 (2.9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	<0,005 ⁴
Ápgar de 1 min ≤ 8	406 (98%)	130 (94%)	129 (94%)	68 (96%)	68 (97%)	8 (100%)	16 (100%)	24 (100%)	
<i>Dados faltantes</i>	13	1	2	0	0	0	0	1	
Ápgar de 5 min ≥ 7	9 (2.2%)	9 (6.5%)	8 (5.8%)	3 (4.2%)	2 (2.9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0,168 ⁴
Ápgar de 5 min ≤ 8	406 (98%)	130 (94%)	129 (94%)	68 (96%)	68 (97%)	8 (100%)	16 (100%)	24 (100%)	
<i>Dados faltantes</i>	13	1	2	0	0	0	0	1	

¹Teste Kruskal-Wallis (gl=7); ²Frequência absoluta (%); ³Mediana (1º quartil - 3º quartil); ⁴Teste Qui-quadrado

Fonte: elaborado pelas autoras, 2021.

Por meio da análise de cluster foi possível averiguar que as proporções de existência de intercorrência no parto e no puerpério foi maior para os clusters formados por mulheres que foram submetidas à episiotomia. O teste Qui-quadrado mostra que há associação entre as categorias Ápgar de 1º minuto ≥ 7 e Ápgar de 1º minuto ≤ 8 com os

clusteres ($p < 0,005$), enquanto que para o Ápgar de 5º minuto ≥ 7 e Ápgar de 5º minuto ≤ 8 não há ($p = 0,168$).

4 DISCUSSÃO

Este estudo identificou uma elevada taxa de episiotomias realizadas no ano de 2017 no HC-UFTM (39,9%). Este dado se aproxima dos achados do primeiro Inquérito Nacional “Nascer no Brasil”, cujo procedimento esteve presente em 53% dos partos em grande parte do território nacional (LEAL et al, 2014a).

Mundialmente, há grande variação nos índices de episiotomias; alguns países europeus como Suécia, Islândia e Dinamarca apresentaram, respectivamente, 6,6, 7,2 e 4,9% de episiotomias em 2010 e, portanto, atendem às recomendações da OMS de que menos de 10% das mulheres recebam por este procedimento durante o parto. Por outro lado, países asiáticos registram percentuais muito elevados de episiotomia, como Tailândia (91% em 2005), China (85,5% em 2003) e Índia (68% em 2008), demonstrando a presença de uma cultura sólida e não baseada nas melhores evidências científicas, tal como pode-se constatar na realidade brasileira (CLESSE et al, 2018; WHO, 2018).

Práticas alinhadas às recomendações da OMS representam mudanças significativas na assistência (WHO, 2018). Em 2017, um estudo conduzido no Piauí avaliou o perfil assistencial de uma maternidade que dispõe dos dois modelos de atenção: Centro Obstétrico (C.O.) e Centro de Parto Normal (C.P.N.). Foram observadas taxas de 9,9% de episiotomias no C.O. e de 6,6% no C.P.N. (RESENDE et al, 2020).

No presente estudo, do total de mulheres analisadas (com e sem episiotomia), 36% tiveram lacerações espontâneas de 1º grau ou de 2º graus, evidenciando a urgência em se refletir sobre os critérios utilizados na indicação das episiotomias realizadas. No estudo de coorte de Amorim et al (2014), em 400 mulheres que vivenciaram o parto vaginal sem a realização de episiotomia, 56% delas apresentaram períneo intacto, 13% sofreram laceração de 1º grau sem necessidade de sutura e apenas 16% das lacerações foram de 2º grau com necessidade de reparo. Isto demonstra que se as instituições de saúde adotarem protocolos de não realização de episiotomia, estas poderão obter melhores indicadores de saúde, além de oportunizar grande parte das mulheres de vivenciarem um puerpério sem lesões perineais.

As mulheres submetidas à episiotomia neste estudo ($n=358$, 39,9%) eram predominantemente pardas e pretas ($n=248$, 69,3%). Embora este dado não tenha se apresentado estatisticamente significativo, corrobora com o estudo de Aguiar et al (2020),

em que 78,7% das parturientes que receberam episiotomia eram pretas e pardas. Já na pesquisa “Nascer no Brasil”, as brancas receberam mais episiotomias em comparação às pretas e pardas (60,7, 52,1 e 54,8%, respectivamente) (LEAL et al, 2014a). Cabe destacar que o marcador raça/etnia/cor da pele é pouco utilizado ou não é discutido em muitos estudos que avaliam os fatores associados à realização de episiotomia no país, resultando em uma importante lacuna no conhecimento científico. Uma hipótese para esta tendência é a subnotificação do referido dado em prontuários analisados por estudos retrospectivos. No entanto, com a Portaria nº 344/2017 do Ministério da Saúde, que dispõe sobre a obrigatoriedade do preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação, espera-se maior transparência sobre esse importantíssimo determinante social da saúde (BRASIL, 2017).

Uma das variáveis que apresentaram associação com episiotomia foi a idade, ou seja, menores de 18 anos tiveram 3,4 vezes mais chances de serem cortadas durante o parto vaginal em comparação às maiores de idade. Este dado está em consonância com outros estudos, os quais também apontaram que, dentre os argumentos profissionais que justificam a realização da episiotomia, está a inexperiência da adolescente com o trabalho de parto e uma maior rigidez perineal (CLESSE et al, 2018; AGUIAR et al, 2020).

Com relação à primeira justificativa (de que as adolescentes seriam inexperientes), pontua-se que o parto é uma experiência intensa para qualquer mulher, independentemente da idade; é a qualidade da assistência no pré-natal e no parto que poderá determinar a experiência dessas jovens com o nascimento de seus filhos. No estudo de Viellas et al (2021), realizado em 606 hospitais do país, incluindo quase 11 mil puérperas, constatou-se que as adolescentes utilizaram mais os métodos não farmacológicos para alívio das dores durante o trabalho de parto, o que demonstra uma disposição desse grupo para vivenciar a parturição de forma fisiológica; por outro lado, foram mais submetidas à manobra de Kristeller, à episiotomia e receberam menos analgesia do que as mulheres mais velhas. Assim, questiona-se se a inexperiência não seria dos profissionais de saúde em atenderem as necessidades das adolescentes a partir de uma assistência baseada nas melhores evidências científicas.

Quanto à realização da episiotomia sob a justificativa de rigidez perineal, destaca-se que não há evidências científicas demonstrando que se trata de um fator protetor à mãe e ao bebê. Ao contrário, a OMS recomenda apenas a massagem perineal, as compressas quentes e a proteção manual do períneo como técnicas que podem reduzir o trauma na região (WHO, 2018). No estudo caso-controle de Mahgoub et al (2019), incluindo mais

de 42 mil mulheres, a episiotomia não protegeu as mulheres de lesões perineais de 3º e 4º graus.

Outro dado observado no presente estudo foi a associação entre paridade e episiotomia, ou seja, primíparas tiveram 6,6 vezes mais chances de receberem o procedimento do que as multíparas. A maior frequência de realização de episiotomias durante o primeiro parto também foi observada em outros estudos (LEAL et al, 2014b; AGUIAR et al, 2020). Entretanto, uma revisão sistemática da Cochrane que avaliou o uso seletivo e liberal de episiotomia não encontrou evidências que justifiquem maior realização de episiotomia em primíparas em comparação às multíparas (JIANG et al, 2017).

No que diz respeito à associação entre intercorrências no parto versus episiotomia, trata-se de um dado que corrobora com outros estudos, como o de Aguiar et al (2020) e Gemma (2016). Estes apontam que a presença de intercorrência durante o trabalho de parto pode indicar situações em que o profissional de saúde julgou necessário abreviar o tempo do trabalho de parto por meio da episiotomia, com o objetivo de resguardar a saúde materno-fetal. Cabe pontuar, no entanto, que não há evidências científicas que indiquem a episiotomia como uma forma de acelerar o nascimento do bebê.

Uma das intercorrências no puerpério mais comuns associadas à episiotomia, nesta pesquisa, foi a dor perineal. Estudo transversal realizado com mulheres no pós-parto identificou que o trauma perineal esteve presente em 80,5% dos casos, sendo que 60,7% das parturientes foram submetidas à episiotomia. A dor perineal, neste caso, também esteve altamente associada à episiotomia (FRANCISCO et al, 2011).

No presente estudo, quando avaliada a ocorrência de episiotomia, o $\text{Ápgar} \leq 7$ no 1º minuto de vida (indicando bebês que nasceram mais deprimidos) apresentou 2,2 vezes mais chances de ocorrer do que a categoria de nota 8 a 10 (quando os bebês nascem com boa vitalidade). Já no Ápgar de 5º minuto, a chance de a nota ser ≤ 7 foi 2,8 vezes maior do que a categoria de nota 8 a 10. Isso significa dizer que não é incomum a conduta entre os profissionais da obstetrícia em lançar mão da episiotomia frente a padrões de batimentos cardíacos fetais não tranquilizadores, sob a justificativa de que o “ampliar o espaço” abrevia o nascimento do feto que pode estar em sofrimento. No estudo de Riesco et al (2011), o índice de Ápgar no 1º minuto de vida também se associou à episiotomia, indicando 2,1 vezes mais chance de ocorrer nos partos cujos bebês nasceram deprimidos. Entretanto, na revisão sistemática da Cochrane, a episiotomia (seletiva ou de rotina) não apresentou efeito em bebês que receberam Ápgar menor que 7 no 5º minuto, indicando

que o procedimento não melhora o bem-estar ou os sinais vitais do bebê logo após o nascimento (JIANG et al, 2017).

5 CONCLUSÃO

Em conclusão, observa-se que a prática da episiotomia ocorreu de maneira incompatível com as recomendações de boas práticas da OMS e das evidências científicas, demonstrando urgência na reavaliação das práticas assistenciais daquela instituição.

A episiotomia é, por si só, uma lesão de 2º grau, acometendo frequentemente epiderme, mucosa e musculatura perineal. A motivação em lançar mão deste procedimento sob um discurso de prevenção de danos tira da mulher a possibilidade de vivenciar um parto que não compromete a integridade de seu períneo, ou de ter apenas uma laceração espontânea sem necessidade de sutura.

REFERÊNCIAS

Aguiar BM, Silva TPR, Pereira SL, Sousa AMM, Guerra RB, Souza KV et al. Factors associated with the performance of episiotomy. *Rev Bras Enferm.* [periódico online]. 2020 [acesso em 16 mar 2022]. 73(Suppl 4). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/kKtVVKj63vRMVxXNdj39shw/?lang=en&format=html>

1

Amorim MMR, Katz L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Femina.* 2008; 36:47-54.

Amorim MM, Franca-Neto AH, Leal NV, Melo FO, Maia SB, Alves JN. Is It Possible to Never Perform Episiotomy During Vaginal Delivery? *Obstetrics & Gynecology* [periódico online]. 2014 [acesso em 16 mar 2022]. 123, 38S. Disponível em: https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2014/05001/Is_It_Possible_to_Never_Perform_Episiotomy_During.78.aspx

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 344 de 01 de fevereiro 2017. Dispõe sobre o preenchimento do quesito raça/cor nos formulários dos sistemas de informação em saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0344_01_02_2017.html

Chang S-R, Chen K-H, Lin H-H, Chao Y-MY, Lai Y-H. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence, and sexual function 3 months postpartum: a prospective follow-up study. *International Journal of Nursing Studies* [periódico online]. 2011 [acesso em 16 mar 2022]. v.48, n.4, Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748910002452?casa_token=PlGu5VW0EVQAAAAA:IUNT7N-o1h1fqrLOYguQtDmrYg4XzNEcd1bl-xu58JLnMCfT6p9HfAdPDcFzdC5C4vE4fjfcpx9e

Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, De Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. Statistical trends of episiotomy around the world: Comparative systematic review of changing practices. *Health Care for Women International.* [periódico online]. 2018 [acesso em 16 mar 2022]. 39(6). Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399332.2018.1445253>

Francisco AA, Oliveira SMJV, Silva FMB, Bick D, Riesco MLG. Women's experiences of perineal pain during the immediate postnatal period: a cross-sectional study in Brazil. *Midwifery* [periódico online]. 2011 [acesso em 16 mar 2022]. 27(6). Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613810001737?casa_token=mztUaNFT8z4AAAAA:4VyAuc-Hyefxw07Opfz-5zMGIPR0S_BIJ1aq-cZ9ZuCqamd5L6tL1m1idRwuwrITgXWhB-yHEiZI

Gemma M. Fatores associados à integridade perineal e à episiotomia no parto normal: estudo transversal [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-25052016-125737/en.php>

Jiang H, Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* [Internet]. 2017 [acesso em

16 mar 2022]. ed. 2. Art. N°.: CD000081. Disponível em:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub3/full>

Karaçan Z, Ekmen H, Çalızir H. The use of perineal massage in the second stage of labor and follow-up of postpartum, in Turkey: a prospective follow-up study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* [periódico on line]. 2013 [acesso em 16 mar 2022]. v.18, n.3. Disponível em:
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399332.2012.655385>

Leal MC et al. Nascer no Brasil: Sumário Executivo Temático da Pesquisa. *Cad.Saúde Pública*. [Internet]. 2014a [acesso em 16 mar 2022]. Disponível em:
<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/arquivos/anexos/nascerweb.pdf>

Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública* [periódico online]. 2014b [acesso em 16 mar 2022]. v. 30, n. Suppl 1. Disponível em:
<https://www.scielosp.org/article/csp/2014.v30suppl1/S17-S32/> .

Mahgoub S, Piant H, Gaudineau A, Lefebvre F, Langer B, Koch A. Risk factors for obstetric anal sphincter injuries (OASIS) and the role of episiotomy: a retrospective series of 496 cases. *J Gyneco Obstet Hum Reprod*. [periódico online]. 2019 [acesso em 16 mar 2022] 48(8). Disponível em:
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468784719300844?casa_token=JnLkbEf-ZBwAAAAA:o5zcFolJh0PKfM8j6xcxwLzWsuJgoR0A8-ADteJAzNajWXv7_lpUyKa7XhOWbXeieA0-qHmQiZbm

Resende MTS, Lopes DS, Bonfim EG. Profile on childbirth care at a public maternity hospital. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. [periódico online]. 2020 [acesso em 16 mar 2022]. v. 20, n. 3. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/DGw38hq5BpmtNqNDqZk7vhh/abstract/?lang=en>

Riesco MLG, et al. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. *Rev.Enferm.UERJ* [periódico online]. 2011 [acesso em 14 abr 2022]. 19(1): 77-83. Disponível em:
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-591019#:~:text=Realizou%20se%20an%C3%A1lise%20descritiva%20e,%20C5%25%20tiveram%20lacera%C3%A7%C3%A3o%20espont%C3%A2nea.>

Viellas EF, Netto TLF, Gama SGN, Baldisserotto ML, Neto PFP, Rodrigues MR et al. Assistência ao parto de adolescentes e mulheres em idade materna avançada em maternidades vinculadas à Rede Cegonha. *Ciência & Saúde Coletiva* [periódico online]. 2021 [acesso em 16 mar 2022]. v. 26, n. 3. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csc/a/vNvVPPNXWNxRTscRRysSm9J/?lang=pt>

WHO (World Health Organization). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization. [Internet]. 2018 [acesso em 16 mar 2022]. Disponível em:
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>