

# AVALIAÇÃO DOS FATORES DETERMINANTES À REALIZAÇÃO DA EPISIOTOMIA NO PARTO VAGINAL

Rodrigo Dias Nunes<sup>1</sup>, Amanda de Vasconcelos Mapelli<sup>1</sup>, Nazaré Otilia Nazário<sup>1</sup>, Eliane Traebert<sup>1</sup>, Mayara Seemann<sup>1</sup>, Jefferson Traebert<sup>1</sup>

**Objetivo:** O estudo objetiva conhecer os fatores associados à realização da episiotomia no parto vaginal. **Metodologia:** Estudo transversal envolvendo 330 partos, de janeiro/2012 a dezembro/2013. Estudou-se a associação das variáveis independentes com a realização da episiotomia por meio de cálculo de razões de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança, com nível de significância  $p < 0,05$ . **Resultados:** Na amostra estudada, 224 (67,9%) pacientes não realizaram episiotomia e 106 (32,1%) realizaram o procedimento. A idade média foi de 22,9 ( $\pm 5,9$ ) anos e a episiotomia foi mais realizada naquelas com idade inferior a 20 anos [RP 1,61 (IC 95% 1,15; 2,25)] ( $p = 0,005$ ). As mulheres com mais de 8 anos completos de estudo foram significativamente mais submetidas à episiotomia que as demais [RP 2,34 (IC 95% 1,70; 3,22)] ( $p < 0,001$ ). **Conclusão:** A realização da episiotomia nesta população ocorreu com maior prevalência nas parturientes mais jovens e com maior escolaridade.

**Descritores:** Episiotomia; Fatores associados; Parto vaginal

## EVALUATION OF THE DETERMINANT FACTORS TO EPISIOTOMY IN VAGINAL DELIVERY

**Objective:** This study aims to evaluate the factors associated with its performance in vaginal delivery. **Methodology:** This is a cross-sectional study carried out with 330 births, from January / 2012 to December / 2013. The association of the independent variables with episiotomy was calculated by prevalence ratios and their respective confidence intervals, with significance level  $p < 0.05$ . **Results:** In the studied sample, 224 (67.9%) patients did not undergo episiotomy and 106 (32.1%) had the procedure. The mean age was 22.9  $\pm$  5.9 years and the episiotomy was more frequently performed in those younger than 20 years old [PR 1.61 (95% CI 1.15; 2.25)] ( $p = 0.005$ ). Women with more than 8 years of education were significantly more likely to undergo episiotomy than the others [PR 2.34 (95% CI 1.70; 3.22)] ( $p < 0.001$ ). **Conclusion:** The episiotomy, in this population, occurred more likely in younger and more educated parturients.

**Descriptors:** Episiotomy; Associated factors; Vaginal birth

## EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DETERMINANTES A LA REALIZACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA EN EL PARTO VAGINAL

**Objetivo:** El estudio tiene como objetivo conocer los factores asociados a la realización de la episiotomía en el parto vaginal. **Metodología:** Estudio transversal que involucra 330 partos, de enero/2012 a diciembre/2013, para la asociación de las variables independientes con la episiotomía por razones de prevalencia y sus respectivos intervalos de confianza, con  $p < 0,05$ . **Resultados:** En la muestra, 224 (67,9%) pacientes no realizaron episiotomía y 106 (32,1%) realizaron el procedimiento. La edad media fue de 22,9 ( $\pm 5,9$ ) años y la episiotomía fue más realizada en aquellas con edad inferior a 20 años [RP 1,61 (IC 95% 1,15, 2,25)] ( $p = 0,005$ ). Las mujeres con más de 8 años completos de estudio fueron significativamente más sometidas a la episiotomía que las demás [RP 2,34 (IC 95% 1,70; 3,22)] ( $p < 0,001$ ). **Conclusión:** La realización de la episiotomía ocurrió con mayor prevalencia en las parturientas más jóvenes y con mayor escolaridad.

**Descritores:** Episiotomía; Factores asociados; Parto vaginal

<sup>1</sup>Universidade do Sul de Santa Catarina – Palhoça/SC-Brasil.  
Autor correspondente: Rodrigo Dias Nunes. E-mail: rodrigo.dias.nunes@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

A episiotomia é uma prática cirúrgica que implica no alargamento do períneo, para ampliação da abertura vaginal, durante o segundo período do trabalho de parto, denominado período expulsivo, realizada tanto por médicos como por enfermeiros obstétricos<sup>(1-3)</sup>. Essa prática, em algumas situações, determina benefícios maternos e fetais. Em relação à mulher, protege o períneo contra distopias genitais e encurta o período expulsivo<sup>(1,2)</sup>. Quanto ao feto, há o aumento do canal do parto, ocorrendo diminuição da compressão da calota craniana, diminuindo de possíveis danos cerebrais e outros traumatismos, redução do sofrimento fetal e asfixia perinatal, melhora do índice de Apgar e a diminuição do risco de ocorrência de distócia de ombro<sup>(1,2,4)</sup>. Porém, muitos desses benefícios são contestados atualmente<sup>(5)</sup>. Por este motivo, nos últimos anos, sua realização tem decrescido consideravelmente na obstetrícia e na assistência ao parto normal<sup>(6)</sup>.

A Organização Mundial de Saúde preconiza uma taxa de episiotomia em torno de 10%. Em serviços que apresentam índices acima da meta preconizada, têm sido implementadas ações educativas continuadas com profissionais da saúde, incluindo análises de estudos de meta-análises e divulgações de revisões sobre o tema<sup>(7)</sup>. A prevalência global da episiotomia de rotina está em declínio. Em 1997, a taxa era de 42% dos partos. Após 10 anos, em 2007, observou-se redução para 29%, atingindo níveis em torno de 25% em 2009<sup>(8)</sup>.

Nos Estados Unidos da América, 62,5% do total de partos estão associados à episiotomia, enquanto que na Europa esse índice decresce para 30% do número total de partos realizados<sup>(9)</sup>. Na América Latina, nota-se que a episiotomia tem sido realizada como uma intervenção de rotina nas pacientes primíparas e em parturientes com prévia episiotomia. No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda a episiotomia seletiva, não determinando a taxa máxima ideal. Porém, alguns estudos mostram que sua realização entre 10 a 30% do total de partos seria uma meta ideal<sup>(10,11)</sup>.

São descritas várias complicações relacionadas à episiotomia, como extensão da lesão perineal, hemorragia, edema, infecção, hematoma, dispareunia, fistulas reto-vaginais, mionecrose, intoxicação neonatal com lidocaína, reações de hipersensibilidade ao anestésico, endometriose na cicatriz, necessidade de correção cirúrgica por problemas de cicatrização irregular ou excessiva, dor após o parto e rejeição materna ao neonato devido à dor. Essas complicações têm considerável impacto no sistema de saúde, como altos gastos e elevadas taxas de ocupação de leitos e principalmente impactos negativos na qualidade de vida da parturiente e na relação materno-fetal<sup>(12)</sup>.

Evidências científicas demonstram que as complicações

das episiotomias dependem de vários fatores, tais como a prática seletiva ou de rotina, as técnicas utilizadas e o material de sutura. A prática seletiva reduz 30% do trauma perineal grave, diminui a necessidade de suturas, evitando complicações na cicatrização, sem aumento da dor, dispareunia e incontinência urinária; todavia, dobra o risco de trauma perineal anterior. Porém, a prática da episiotomia seletiva apresenta mais benefícios quando comparada ao potencial de danos<sup>(13,14)</sup>.

A partir dessas evidências, a conduta recomendada é aquela baseada na prevenção do trauma perineal severo e de danos no assoalho pélvico, evitando assim as principais complicações como: prolapso genitais, incontinência urinária e diminuição da morbidade materna. Essa conduta, nas últimas décadas, está sendo aceita pelo contexto de diminuir intervenções e procedimentos desnecessários e reduzir a morbidade e mortalidade materno-fetal<sup>(3,6)</sup>.

Esta pesquisa objetiva identificar os fatores associados à realização da episiotomia em uma maternidade-escola do Sul do Brasil. Os resultados do presente estudo podem ser úteis para a escolha do manejo correto frente ao parto, conhecendo-se fatores que podem contribuir para a decisão da episiotomia seletiva.

## METODOLOGIA

### Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal.

### Participantes da pesquisa

Pacientes que tiveram seus partos vaginais realizados neste serviço e de seus respectivos recém-nascidos, no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2013, mediante a análise de seus prontuários. A amostra foi calculada pela fórmula de estudo de prevalência, no programa OpenEpi 2.3.1, com os seguintes parâmetros: tamanho da população de 6000 pacientes, nível de confiança de 95%, erro padrão de 5% e proporção esperada do desfecho desconhecida 25%, acrescido de 20% para possíveis perdas. O procedimento resultou em uma amostra final de 330 pacientes, selecionada por intermédio de sorteio aleatório. Foram excluídos os prontuários de pacientes que tiveram seus partos domiciliares ou a caminho desta maternidade.

### Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na maternidade do Hospital Regional de São José - Homero de Miranda Gomes, no município de São José, estado de Santa Catarina.

### Coleta dos dados

Os dados foram colhidos mediante a análise dos prontuários das pacientes. A variável dependente do estudo foi a paciente ter sido submetida ou não à episiotomia, enquanto as independentes foram características sociodemográficas, clínico-obstétricas e condições de parto.

### Procedimentos de análise dos dados

As informações foram analisadas pelo programa SPSS 18.0. As variáveis foram inicialmente descritas em números absolutos e proporções. Estudos de associação foram efetuados utilizando-se o teste qui-quadrado. Foram calculadas razões de prevalência e os respectivos intervalos de confiança de 95%, com nível de significância estabelecido  $p < 0,05$ .

### Procedimentos éticos

O estudo obedeceu a todos os critérios éticos necessários; tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina sob CAAE 24150814.9.0000.5369. Os riscos inerentes a essa pesquisa foram mínimos, uma vez que foi realizada a análise de prontuários e assegurada a privacidade e o anonimato das informações coletadas. As participantes beneficiar-se-ão indiretamente no estudo, uma vez que os achados da pesquisa podem esclarecer aspectos relacionados à sua doença e identificar fatores associados à sua ocorrência.

## RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 330 mulheres que realizaram parto vaginal. A prevalência de realização de episiotomia foi de 32,1% (IC 95% 27,1; 32,1).

A idade média das participantes foi de  $22,9 \pm 5,9$  anos. As pacientes mais jovens, com menos de 20 anos de idade apresentaram 1,61 vezes maior prevalência (IC 95% 1,15; 2,25) de episiotomia, quando comparadas àquelas com idade superior ( $p = 0,005$ ). A maioria das pacientes era branca e vivia com seus parceiros, porém estas variáveis não se mostraram significativas quanto à realização de episiotomia. As mulheres que possuíam mais que 8 anos completos de estudo apresentaram 2,34 vezes maior prevalência (IC 95% 1,70; 3,22) de episiotomia, quando comparadas àquelas com menor nível de escolaridade ( $p < 0,001$ ) (Tabela 1).

As pacientes estudadas apresentaram idades gestacionais de 35 semanas e 3 dias a 41 semanas e 2 dias. As características clínico-obstétricas como idade gestacional, número de partos vaginais, cesarianas e abortamentos prévios, presença de gestação múltipla e comorbidades como doença hipertensiva específica da gestação e diabetes mellitus gestacional, além do hábito tabágico, não se mostraram estatisticamente

associadas à realização de episiotomia (Tabela 2). Por outro lado, a realização de episiotomia não se mostrou significativamente associada a nenhuma das condições do parto, sejam maternas ou perinatais (Tabela 3).

## DISCUSSÃO

No presente estudo, a idade da paciente mostrou-se associada à realização da episiotomia, corroborando com outros autores, que demonstraram que mulheres mais jovens apresentam riscos maiores de serem submetidas ao procedimento<sup>(15,16)</sup>. Tal fato deve ocorrer, provavelmente, pois as adolescentes e mulheres mais jovens apresentam perineo ainda sem grande elasticidade, condição necessária para o parto vaginal sem complicações perineais, além da inexperiência com o trabalho de parto.

O fato de pacientes com maior escolaridade apresentarem maiores taxas de episiotomia pode ser explicado, hipoteticamente, pela melhor condição socioeconômica. Sabe-se que indivíduos com menor poder aquisitivo e menor instrução são os que mais realizam, como atividade laboral, funções artesanais ou em mão de obra que requerem atividade física mais extenuante. Essas mulheres, por executarem, muitas vezes, trabalhos de maior movimentação física, estimulam a musculatura perineal ao longo de suas vidas, com um preparo fisiológico para o traumatismo local da parturição. Não foram encontradas pesquisas que avaliassem a comparação entre estes fatores para corroborar ou refutar tais achados.

Uma revisão de literatura, analisando 6.365 partos vaginais, evidenciou que as mulheres com parto prematuro possuíam 2,3 vezes mais chance de serem submetidas à episiotomia<sup>(17)</sup>. Isto pode ser explicado pela tentativa de redução do período expulsivo, objetivando proteger estruturas do sistema nervoso central do feto. Contudo, neste estudo, não foi observada uma associação entre partos prematuros e a realização de episiotomia, uma vez que esta indicação para a realização da episiotomia não é mais recomendada como regra pelos diversos protocolos internacionais<sup>(9,10)</sup>.

Em relação aos antecedentes obstétricos, a grande maioria das pacientes não possuía gestações anteriores. Este estudo não evidenciou associação entre episiotomia e o número de partos, cesarianas ou abortamentos anteriores. Porém, há resultados divergentes na literatura. Alguns estudos mostraram que quanto maior o número de partos, menor a chance de ocorrer a episiotomia e mulheres sem parto vaginal anterior apresentaram 3 vezes mais chance de serem submetidas ao procedimento<sup>(17,18)</sup>.

Este estudo apresentou apenas três pacientes com gestação gemelar, dificultando a análise desta variável, pois muitas pacientes com gestação gemelar apresentam

indicação de cesariana por apresentações anômalas. Porém, outro estudo que avaliou a gestação múltipla, não encontrou associação com a realização da episiotomia<sup>(16)</sup>.

Concordando com Lurie et al, que não encontraram diferença entre a realização de episiotomia e o hábito tabágico, as pacientes tabagistas do presente estudo também não apresentaram diferença significativa quanto à prevalência de episiotomia<sup>(15)</sup>. Este fato poderia ser explicado pela ideia de fetos pequenos, secundários ao hábito tabágico materno na gestação, necessitarem menor espaço perineal para o nascimento, porém não foi possível reforçar esta teoria com os resultados encontrados.

Nenhuma variável referente às condições do parto mostrou-se estatisticamente associada à prevalência de episiotomia. Quanto à apresentação fetal, não foram encontrados dados na literatura com referência à comparação da realização de episiotomia entre partos vaginais de fetos cefálicos ou em apresentações anômalas. O estudo de Lobo et al revelou que a episiotomia esteve mais associada ao trabalho de parto mais prolongado<sup>(19)</sup>.

Neste estudo, foi encontrada média de 3243,5kg de peso entre os recém-nascidos, porém sem mostrar significância estatística com a realização de episiotomia. A hipótese de maior realização de episiotomia em fetos grandes também não foi comprovada em outros estudos<sup>(15,16,20)</sup>. Esse achado está, porém, em desacordo com os resultados de Jiang et al, no qual recém-nascidos com peso maior que 3,500g estiveram mais associados à realização de episiotomia<sup>(3)</sup>. Essa variável é controversa, pois durante o trabalho de parto, a decisão do obstetra para a realização da episiotomia de acordo com o peso do concepto é muito subjetiva. O profissional assistente costuma embasar-se pela ultrassonografia mais recente, pela avaliação clínica da gestante e pela sua experiência<sup>(10)</sup>.

Apenas quatro pacientes tiveram seus partos instrumentalizados com fórceps de alívio. Segundo alguns autores, a episiotomia não foi significativamente protetora de lesões quando associadas ao trabalho de parto instrumentalizado<sup>(18,19)</sup>. Por não ter sido encontrado número mais expressivo de parto instrumentalizado, a análise desta variável ficou comprometida. Porém, em teoria, o uso de fórceps poderia aumentar o risco de episiotomia por ocupar espaço a mais no canal do parto e conseqüente risco de laceração. Além disso, o uso de fórceps, muitas vezes, é indicado no nascimento de fetos com comprometimento de vitalidade. Nesses casos, a episiotomia teria a indicação para reduzir o tempo até o nascimento<sup>(9,10)</sup>.

Outro fator importante que leva os obstetras a realizarem a episiotomia é a prevenção de lesões perineais, porém, neste estudo, sua não realização não esteve associada à ocorrência de lesões perineais. O mesmo resultado pode

ser visto em outro estudo<sup>(17)</sup>. Entretanto, existem estudos evidenciando que as lacerações de terceiro grau ocorrem em maior número de pacientes submetidas à episiotomia<sup>(19,21)</sup>. Com diminuição da realização da episiotomia, pode ocorrer o aumento de lacerações perineais leves; todavia, a diminuição do procedimento é justificável, considerando que essas lacerações não levam a nenhuma morbidade para a mulher, pois cursam com melhores resultados e menos complicações do que a própria episiotomia.

O ideal é que os motivos geradores da necessidade de episiotomia fossem realizados de forma controlada, com previsão e categorização das pacientes anteriormente ao nascimento. Este estudo, por ser transversal e com partos realizados por diferentes profissionais médicos e enfermeiros, não permitiu tal padronização.

### Limitações do estudo

O estudo apresenta as limitações das pesquisas em bancos de dados provenientes de prontuários médicos, podendo conter informações não controladas, trazendo o viés da informação de quem alimenta os registros eletrônicos.

### Contribuições do estudo para a prática

A mudança de cenário na realização de episiotomia pode ocorrer por meio da educação em saúde, desde a atenção básica no pré-natal, associada a reavaliação continuada do conhecimento técnico científico dos profissionais médicos e de enfermagem que atuam em centros de saúde, a fim de minimizar sua realização por métodos não farmacológicos, no primeiro estágio do trabalho de parto. A enfermagem tem papel importante para contribuir na modificação do panorama atual da assistência ao parto, ao atuar para reformular o uso de práticas indevidas, como a episiotomia.

### CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo permitiram concluir que pacientes mais jovens e com maior grau de escolaridade apresentam maior prevalência de episiotomia. Esses achados podem contribuir para o estabelecimento de grupos de risco para a realização do procedimento e para um trabalho de sensibilização de todos os profissionais envolvidos na assistência ao parto, utilizando critérios racionais para maximizar o benefício do procedimento. Há a necessidade de estimular modelos de atendimento mais humanizados aos médicos, visando à sensibilização desses profissionais, para que respeitem a singularidade de cada parturiente.

A episiotomia é um dos procedimentos que mais têm levantado discussões na atualidade, devido ao seu uso sistemático e rotineiro, ainda, em muitas instituições hospitalares. Há a necessidade de transformação do cenário,

em que o modelo biomédico ainda se mostra predominante. Os estudos epidemiológicos são importantes ferramentas para o conhecimento da realidade e contribuem para o planejamento de ações de saúde em nível primário, secundário e terciário.

### Contribuição dos autores

Amanda de Vasconcelos Mapelli e Rodrigo Dias Nunes contribuíram na concepção da pesquisa e redação do artigo. Análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica e revisão do texto final: Rodrigo Dias Nunes, Amanda de Vasconcelos Mapelli, Nazaré Otília Nazário, Eliane Traebert, Mayara Seemann, Jefferson Traebert<sup>1</sup>

### REFERÊNCIAS

1. Corrêa Junior MD, Passini Júnior R. Selective episiotomy: indications, technique and Association with severe perineal lacerations. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2016; 38(6):301-7.
2. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de orientação: assistência ao abortamento, parto e puerpério. Brasília: FEBRASGO, 2010.
3. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 2:CD000071.
4. Melo I, Katz L, Coutinho I, Amorim MM. Selective episiotomy vs implementation of a non episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reprod Health.* 2014; 11:66.
5. Brincat CA, Larson KA, Fenner DE. Anterior vaginal wall prolapse: assessment and treatment. *Clin Obstet Gynecol.* 2010; 53(1):51-8.
6. Lemos A, Amarin MM, Andrade AD, Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; 10:CD009124.
7. World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: WHO; 1996.
8. Rodriguez A, Arenas EA, Osorio AL, Mendez O, Zuleta JJ. Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third or fourth degree lacerations in nulliparous women. 2008; 198(3):285.e1-4.
9. Organização Mundial de Saúde. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. Assistência ao parto normal: um guia prático. Geneva: OMS, 2000.
10. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos de Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
11. Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMC. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(2).
12. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; (1):CD000081.
13. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000; (2):CD000081.
14. Verghese TS, Champaneria R, Kapoor DS, Latthe PM. Obstetric anal sphincter injuries after episiotomy: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J.* 2016; 27(10):1459-67.
15. Lurie S, Kedar D, Boaz M, Golan A, Sadan O. Need for episiotomy in a subsequent delivery following previous delivery with episiotomy. *Arch Gynecol Obstet.* 2013; 287(2):201-4.
16. Seijmonsbergen-Schermer AE, Geerts CC, Prins M, Van Diem MT, Klomp T, Lagro-Janssen AL et al. The use of episiotomy in a low-risk population in the Netherlands: A secondary analysis. *Birth.* 2013; 40(4):247-55.
17. Pereira GV, Pinto FA. Episiotomia: uma revisão de literatura. *Ensaio e Ciência: C. Biológicas, Agrárias e da Saúde.* 2011; 15(3):183-96.
18. Steiner N, Weintraub AY, Wiznitzer A, Sergienko R, Sheiner E. Episiotomy: the final cut? *Arch Gynecol Obstet.* 2012; 286(6):1369-73.
19. Lobo SF, Oliveira SM, Schneck CA, Silva FM, Bonadio IC, Riesco ML. Maternal and perinatal Outcomes of na alongside hospital birth center in the city of São Paulo, Brazil. *Ver Esc Enferm USP.* 2010; 44(3):812-8.
20. Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Gislér M, Heinonen S. A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011; 115(1):26-30.
21. Landy HJ, Laughon SK, Bailit JL, Kominiarek MA, Gonzalez-Quintero VH, Ramirez M et al. Characteristics associated with severe perineal and cervical lacerations during vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2011; 117(3):627-35.