

Prevalência e correlação de fatores associados à prática de episiotomia em um hospital público do Distrito Federal

Prevalence and correlation of factors associated with the practice of episiotomy in a public hospital of the Federal District

Lara Carolina Costa¹
Lissandra Martins Souza¹

RESUMO

Introdução: A episiotomia é definida como a ampliação cirúrgica do orifício vulvo-vaginal feita durante o segundo período do parto. Esse trabalho viabiliza o diagnóstico de situação assistencial quanto à prevalência e fatores associados à realização da episiotomia.

Método: Estudo de corte transversal realizado com uma amostra de 384 mulheres submetidas a parto normal, com feto vivo, em um hospital público do Distrito Federal. Foram relacionadas variáveis maternas, neonatais, assistenciais e quanto ao parto em busca de sua associação com a incidência de episiotomia. Os dados foram coletados no Livro de Registro de Dados do Centro Obstétrico e prontuários. A análise foi realizada, utilizando o Teste Qui-quadrado (χ^2) de independência, o Coeficiente de Contingência e o Teste Exato de Fisher.

Resultados: A prevalência de episiotomia no estudo foi de 50,5%; maior que o recomendado na literatura, porém, compatível com as estatísticas nacionais. Entre as nulíparas a prevalência foi de 74,4%. A paridade materna esteve significativamente relacionada à realização de episiotomia, diminuindo, progressivamente, a utilização quanto maior o número de partos anteriores. A idade materna também mostrou correlação com o uso de episiotomia, indicando que quanto mais jovem a mulher, maior a incidência do procedimento. Já a ocorrência de laceração perineal, relacionou-se inversamente à realização de episiotomia, aumentando sua incidência nos partos sem o uso da técnica.

Conclusão: Houve associação entre a incidência de episiotomia e as variáveis idade materna, paridade e ocorrência de laceração. Quanto às variáveis neonatais e relacionadas ao parto, não houve associação estatisticamente significativa entre quaisquer delas e a utilização de episiotomia.

Palavras-chave: Prevalência; Episiotomia; Fatores relacionados.

¹Programa de residência em Enfermagem
Obstétrica da Secretaria de Estado de
Saúde do Distrito Federal, Hospital
Regional da Asa Sul, Brasília - DF/Brasil

Correspondência
Lara Carolina Costa
Alameda dos Ipês 3.588, Bairro Morada
Nova, Patrocínio-MG. 38740-000, Brasil.
larinhacarolina@yahoo.com.br

Recebido em 19/fevereiro/2010
Aprovado em 25/maio/2010

ABSTRACT

Introduction: Episiotomy is defined as the surgical incision of the perineum to enlarge the vagina which is conducted during the second period of a delivery procedure. This research enables the diagnosis of the assistential situation regarding prevalence and factors associated to the conduction of the episiotomy.

Method: Study of transverse incision conducted with a sample of 384 women undertaking vaginal delivery, with a living fetus, in a public hospital of Distrito Federal. Distinct variables - maternal, neonatal, assistential and delivery-related – have been analyzed in search for their association with the occurrence of episiotomy. The data have been collected in the Medical Protocol Book of the Obstetrics Center and records. The analysis has been accomplished using the Chi-square Test (χ^2) for Independence, the Contingency Coefficient and Fisher's Exact Test.

Results: The prevalence of episiotomy in the study has been of 50,5%; greater than the recommended in the literature; however, compatible with national statistics. Among the nulliparous population, the prevalence has been of 74,4%. Maternal parity has been significantly related to the conduction of episiotomy, its use decreasing progressively the greater the number of preceding deliveries. Maternal age has also shown correlation with the use of episiotomy, indicating that the younger the woman, the greater the incidence of the procedure. As for the occurrence of perineal laceration, it has been inversely related to the conduction of episiotomy, increasing its occurrence in deliveries in which the procedure has not been undertaken.

Conclusion: There was an association between the occurrence of episiotomy and the variables maternal age, parity and laceration occurrence. As for the neonatal variables and the ones related to delivery, there was not statistically significant association between any of them and the use of episiotomy.

Key words: Prevalence; Episiotomy; Related factors.

INTRODUÇÃO

A episiotomia é definida como a ampliação cirúrgica do orifício vulvo-vaginal feita durante o segundo período do parto, requerendo um reparo posterior.

De acordo com Rezende¹, a técnica foi introduzida na obstetrícia em 1742, por Sir Fielding Oud, com o objetivo de auxiliar a liberação do feto e proteger o períneo de lacerações. No entanto, seu uso foi difundido sem que houvesse evidências claras de

seus benefícios. Hoje, a episiotomia é considerada um dos procedimentos cirúrgicos mais frequentes do mundo, e, um dos únicos realizados sem o consentimento informado do cliente².

Atualmente, sabemos que a introdução de novas tecnologias não é por si só suficiente para proporcionar tanto melhores resultados perinatais quanto uma experiência de parto mais satisfatória para a maioria das mulheres. Nesse contexto, há

cerca de 25 anos, surge um movimento em defesa da tecnologia apropriada, da qualidade da interação entre parturiente e profissionais de saúde e da ‘desincorporação’ de tecnologia danosa³. A crítica ao modelo de assistência acontece sob várias perspectivas, e a total falta de consenso sobre os procedimentos adequados encaminhou os trabalhos para uma revisão sistemática de eficácia e segurança na assistência ao ciclo gravídico puerperal. Apoiada pela Organização Mundial de Saúde, tal iniciativa deu origem a uma revisão reconhecida mundialmente como “Biblioteca Cochrane”, que, recém atualizada em 2009, chegou a conclusões importantes para a Obstetrícia, descritas abaixo.

Os autores fizeram um estudo de revisão da literatura médica procurando ensaios clínicos randomizados que comparassem o uso da episiotomia restritiva, com o uso da episiotomia de rotina para determinar os possíveis benefícios e riscos para a mãe e o bebê. Eles identificaram oito estudos envolvendo mais de 5.000 mulheres. Em contraste com o suposto efeito protetor esperado com o uso da episiotomia, estão bem estabelecidas as vantagens de sua utilização seletiva, como a menor incidência de trauma perineal posterior, de necessidade de sutura e complicações na cicatrização, além de melhores resultados na primeira semana pós-parto. Entretanto, os estudos não mostram diferença significativa entre partos com e sem episiotomia na incidência de grandes resultados, como o trauma vaginal ou perineal grave, nem na dor, dispareunia ou incontinência urinária. A única desvantagem mostrada na utilização restritiva de episiotomia é um aumento do risco (RR 1,84, IC 95% 1,61-2,10) de trauma perineal anterior⁴.

No Brasil, a prevalência de episiotomia é bastante variada, apontando uma tendência da maioria das instituições à prática rotineira. Segundo Mattar et al.², não está bem estabelecida qual a frequência de uso ideal deste procedimento, sendo estimada por alguns autores como Oliveira e Miquilini⁵ e Brasil⁶, entre 10 a 30% do total de partos vaginais.

Rezende¹ sugere que a episiotomia deve ser realizada como preceito dominante na proteção perineal. Neme⁷ recomenda a prática quando “[...] a distensibilidade restrita do assoalho perineal sugere roturas extensas e irregulares”. Entretanto, Zugaib⁸ pontua que, apesar das recomendações de realização restritiva da episiotomia, ela seria preconizada em “[...] praticamente todos os partos, por ser benéfica, com a exceção dos casos de grandes multiparas [...]”.

Simultaneamente, a Organização Mundial da Saúde determina que o uso da episiotomia deve ser restrito às situações de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto (segundo período prolongado) e ameaça de laceração de terceiro grau, sem, contudo, delimitar uma incidência aceitável⁶.

A falta de estabelecimento de critérios únicos e as controvérsias entre grandes autores da obstetrícia brasileira, órgãos governamentais, instituições de saúde e a experiência profissional são fatores que têm contribuído para a manutenção da rotina de episiotomia. Além disso, a formação acadêmica intervencionista é um elemento decisivo na conduta clínica.

No serviço de realização deste estudo não é adotada nenhuma forma de protocolo ou indicação para realização de episiotomia, ficando sua prática, unicamente a cargo da decisão do profissional. Esse trabalho viabiliza, portanto, o diagnóstico de situação assistencial quanto à prevalência e fatores mais associados à realização da episiotomia.

MÉTODO

Este é um estudo de corte transversal prospectivo, quantitativo e descritivo, realizado em um hospital público do Distrito Federal.

A delimitação da amostra foi realizada segundo recomendação do Serviço de Acessoria em Estatística da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Como os trabalhos existentes no Brasil apontam taxas muito variadas de proporção de episiotomia na população de mulheres submetidas a parto normal, o tamanho da amostra corresponde a 0,5 (50%), que é a estimativa relativa ao maior tamanho de amostra. Portanto, para um Nível de Confiança (NC) de 95%, um Erro Amostral (EA) de 5% e uma proporção na população citada (50%), a amostra foi constituída por 384 mulheres submetidas a parto normal, de feto vivo, no Centro Obstétrico do Hospital Regional da Asa Sul (HRAS).

Foram relacionadas variáveis maternas, neonatais, assistenciais, e quanto ao parto em busca de sua associação com a incidência de episiotomia. As variáveis seguintes foram selecionadas por sua provável relação, apresentada na literatura científica, com as características perineais (rigidez, tamanho

e elasticidade), com as condições fetais (tamanho e capacidade de resistência do polo cefálico) e com a assistência prestada (alteração da friabilidade dos tecidos, conduta profissional, disposição do profissional) que afetariam diretamente a indicação de episiotomia.

As variáveis maternas, consideradas neste estudo, foram: idade, em anos completos; procedência; e paridade, sendo a parturiente classificada como nulípara - sem nenhum parto anterior, paucípara - com poucos partos anteriores (até três), ou múltipara - com mais de três partos anteriores, como classifica Rezende¹.

As variáveis neonatais foram: peso, em quilogramas; nota pelo Boletim de Apgar atribuída pelo profissional que recebeu o RN no 1.º e 5.º minuto de vida; e idade gestacional, calculada pelo profissional que admitiu a parturiente, a partir da data da última menstruação ou ecografia precoce.

As variáveis assistenciais foram: categoria profissional, entendida como título do profissional que realizou o parto; horário de acontecimento do parto; outras intervenções médicas, compreendendo interferências como: indução com ocitócitos, parto instrumental e realização de manobras para desprendimento fetal; ocorrência de lacerações e necessidade de reparo cirúrgico de laceração.

Por fim, as variáveis relacionadas ao parto, analisadas, foram: tempo de TP ativo, entendido como período decorrido de 4-5 cm de dilatação cervical, com dinâmica uterina mínima de duas contrações em dez minutos até o parto, ou, em caso de internação com dilatação maior, o tempo decorrido desde a internação até o parto; e tempo de período expulsivo, considerado desde a identificação da dilatação total até a expulsão completa do conceito.

Os dados foram coletados no Livro de Registro de Dados do Centro Obstétrico e prontuário das pacientes, de maio a julho de 2009, por motivo de conveniência. Em seguida, foram categorizados e tabulados para melhor visualização das associações.

Os critérios de inclusão foram: ter sido submetida a parto normal e ter como resultado feto único e vivo, no período de maio a julho de 2009, no Centro Obstétrico do Hospital Regional da Asa Sul. Já os critérios de exclusão foram: mulheres que pariram conceitos sem sinais de vitalidade, mulhe-

res que tiveram partos domiciliar ou em trânsito e, mulheres que pariram fetos com menos de 20 semanas gestacionais e/ou menos de 500g, o que é caracterizado como aborto.

As variáveis foram analisadas em sua relação com a episiotomia, utilizando-se o Teste Qui-quadrado (χ^2) de independência, o Coeficiente de Continência (Cc) e o Teste Exato de Fisher.

Este Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal, através do parecer número 102/2009, e dispensado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando os dados de 384 pacientes estudadas, 194 foram submetidas à episiotomia, o que corresponde a 50,5% do total. Como citado, anteriormente, não há uma frequência ideal de uso deste procedimento, sendo estimada entre 10 a 30% do total de partos vaginais. De acordo com Brasil⁶, a Organização Mundial da Saúde determina que a episiotomia deve ser utilizada mediante indicações precisas, sem contudo, delimitar uma incidência aceitável.

O índice de realização do procedimento na instituição foi elevado, tomando como referência os valores ideais, no entanto, foi menor que o apontado por recentes trabalhos nacionais. Tal valor pode estar relacionado à tipicidade da clientela, que se constitui, em parte, por mulheres referenciadas por alto risco gestacional; além das características do serviço, como ser Hospital Escola, o que pode repercutir no uso da técnica com fins educativos.

Considerando as relações entre o uso de episiotomia e as variáveis maternas, verificou-se associação quanto à idade materna e paridade. De acordo com a Tabela 1 mostrada abaixo, a paridade esteve significativamente relacionada à realização de episiotomia, diminuindo progressivamente a utilização quanto maior o número de partos anteriores: 74,4% entre as nulíparas; 27,9% das paucíparas e 0,0% das múltiparas.

Como mostra a Tabela 1, as parturientes nulíparas e menores de 18 anos apresentaram uma incidência de episiotomia de 74,5% e 75% ($p < 0,001$), respectivamente. Isso parece pertinente ao fato de que quanto mais jovem a mulher, menor a paridade,

e à persistente indicação rotineira de episiotomia para nulíparas, onde, para muitos, não realizá-la é sinônimo de má assistência. Em muitas instituições, a taxa de episiotomia em nulíparas alcança 95%⁵. De acordo com a literatura, faltam evidências para associar a incidência de trauma perineal à idade materna, o que não justificaria a maior realização de episiotomia em mulheres jovens com finalidade preventiva⁹. Outra indicação muito citada é a prevenção do relaxamento do assoalho pélvico nesse grupo, o que também não se confirma através de estudo que demonstra não haver associação entre o tipo de parto, as condições perineais e a pressão muscular perineal no pós-parto tardio¹⁰.

Para a variável procedência, apesar de ter sido encontrada significância estatística ($p < 0,024$), houve baixo grau de associação pelo coeficiente de contingência (0,138), ou seja, não houve correlação, apresentando, neste caso, pouco valor no estudo.

Tabela 1
Distribuição dos casos de acordo com a utilização de episiotomia, por variáveis maternas. Brasília, 2009.

Variável	Grupo					
	Com episiotomia		Sem episiotomia		Total	
	N	%	n	%	n	%
Idade Materna						
Menos de 18 anos	21	75,0	7	25,0	28	100,0
18 a 29 anos	145	53,3	127	46,7	272	100,0
30 anos ou mais	28	33,3	56	66,7	84	100,0
Total	194	50,5	190	49,5	384	100,0
Procedência						
DF	157	47,7	172	52,3	329	100,0
Municípios do entorno*	31	68,9	14	31,1	45	100,0
Outras localidades	6	60,0	4	40,0	10	100,0
Total	194	50,5	190	49,5	384	100,0
Paridade						
Nulípara	148	74,4	51	25,6	199	100,0
Paucípara	46	27,9	119	72,1	165	100,0
Múltipara	0	0,0	20	100,0	20	100,0
Total	194	50,5	190	49,5	384	100,0

* Municípios do entorno do DF: Abadiânia, Água Fria de Goiás, Águas Lindas de Goiás, Alexânia, Cabeceiras, Cidade Ocidental, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Cristalina, Formosa, Luziânia, Mimoso de Goiás, Novo Gama, Padre Bernardo, Pirenópolis, Planaltina, Santo Antônio do Descoberto, Valparaíso de Goiás, Vila Boa e Vila Propício¹¹.

Entre as mulheres que tiveram partos de bebês com menos de 2500g, 39% foram submetidas à episiotomia, as que tiveram bebês entre 2500 e 2999g alcançaram uma taxa de 56%, as que pariram bebês entre 3000 e 3999g tiveram 52,2% de episiotomia e entre as que tiveram bebês maiores de 4000g apenas 16,7% necessitaram do procedimento. Como nenhuma categoria de peso ao nascer esteve associada à maior utilização do procedimento ($p = 0,064$), conclui-se que orientar-se por critérios individuais da paciente pode diminuir as taxas de episiotomia.

Tabela 2
Distribuição dos casos de acordo com a utilização de episiotomia, por variáveis neonatais. Brasília, 2009.

Variável	Grupo					
	Com episiotomia		Sem episiotomia		Total	
	N	%	N	%	N	%
Peso						
Menos de 2.500g	23	39,0	36	61,0	59	100,0
2.500-2.999g	51	56,0	40	44,0	91	100,0
3.000-3.999g	119	52,2	109	47,8	228	100,0
4.000g ou mais	1	16,7	5	83,3	6	100,0
Total	194	50,5	190	49,5	384	100,0
Apgar 1 min						
1 a 3	0	0,0	7	3,7	7	1,8
4 a 6	11	5,7	10	5,3	21	5,5
7 a 10	183	94,3	173	91,1	356	92,7
Total	194	100,0	190	100,0	384	100,0
Apgar 5 min						
1 a 3	0	0,0	3	1,6	3	0,8
4 a 6	0	0,0	3	1,6	3	0,8
7 a 10	194	100,0	184	96,8	378	98,4
Total	194	100,0	190	100,0	384	100,0
Idade gestacional						
Menos de 26 semanas	1	10,0	9	90,0	10	100,0
26 a 32 semanas	2	20,0	8	80,0	10	100,0
33 a 36 semanas	19	55,9	15	44,1	34	100,0
37 semanas ou mais	172	52,1	158	47,9	330	100,0
Total	194	50,5	190	49,5	384	100,0

De acordo com a Tabela 2, os escores de Apgar no 1.º minuto estiveram assim distribuídos: 94,3% dos bebês nascidos em partos, com utilização de

episiotomia, tiveram Apgar entre 7 e 10; este percentual foi de 91,1% entre os bebês nascidos em partos, sem utilização de episiotomia. Nenhum dos bebês nascidos em partos, com utilização de episiotomia, teve notas entre 1 e 3. Este percentual foi de 3,7% entre os bebês nascidos em partos, sem utilização de episiotomia. Mais uma vez, apesar da associação estatisticamente significativa entre o Apgar no 1.º minuto e a utilização de episiotomia ($p = 0,026$), o coeficiente de contingência indica baixo grau de associação (0,136), o que demonstra baixa significância para o estudo.

Em relação à idade gestacional, observa-se na Tabela 2 que entre os partos de bebês com menos de 26 semanas, 10% tiveram episiotomia, 20% dos entre 26 e 32 semanas, 55,9% dos de 33 a 36 semanas e 52,1% dos maiores de 37 semanas. Apesar de demonstrar associação significativa com a realização de episiotomia ($p = 0,012$), o coeficiente de contingência indica baixo grau de associação (0,167), portanto, a associação é de pouco valor para o estudo.

Por limitações estatísticas, não foi possível utilizar o Teste χ^2 no caso dos valores de Apgar no 5.º minuto. Quanto aos resultados perinatais, não houve associação estatisticamente significativa entre qualquer das variáveis e a utilização de episiotomia (Tabela 2).

Em relação à assistência, a maioria dos partos foi realizada por médicos residentes (189), e a utilização de episiotomia por esses profissionais correspondeu a 45,5%. As enfermeiras residentes realizaram apenas 7,2% do total de partos, no entanto, a utilização de episiotomia alcançou a taxa de 50,0%.

Pode ser observado o baixo percentual de partos realizados pelas enfermeiras obstetras e de enfermeiras residentes, e a taxa de episiotomia compatível com a total encontrada no estudo. Embora os recursos humanos sejam crescentemente disponíveis e a Organização Mundial da Saúde reconheça a enfermeira obstetra como o profissional com o perfil mais apropriado para intervir no parto normal sem distócia, a prática clínica mostra que ainda existem grandes barreiras à sua atuação. Entre elas, o preconceito e o desconhecimento por parte dos médicos a respeito da competência legal da enfermeira obstetra, seguida pelo grande número de profissionais disponíveis no serviço entre médicos residentes, internos e enfermeiras residentes¹².

Outra questão relevante é o percentual de episiotomia entre os partos realizados por enfermeiras. Apesar de a casuística ser pequena, para analisar essa variável específica (baixo número de partos realizados por enfermeiras), pode-se notar uma tendência de utilização de episiotomia semelhante à dos demais profissionais. A insegurança ou o receio das grandes lacerações, como também a pouca oportunidade de aprendizado devido à insuficiente realização de partos e, conseqüentemente, de episiotomias, podem ser grandes contribuintes para esta taxa. Tal fato é preocupante quando consideramos que a enfermeira seria menos intervencionista quando comparada ao médico, e que as taxas desses encontram-se além do ideal. Isso sugere urgente necessidade de revisão na formação das enfermeiras residentes e resgate dos conceitos de humanização do parto. A elaboração e implantação de um protocolo institucional poderiam alterar esta realidade.

Novamente o baixo grau de associação (0,259) entre a variável “categoria do profissional” e a utilização de episiotomia torna a relação de pouco significado para o estudo.

Outros achados importantes foram o maior percentual de episiotomia realizado por médicos residentes na presença de médicos staffs (75,4%) comparado ao percentual dos residentes apenas (45,5%), e ainda, a incidência nula do procedimento nos partos realizados por acadêmicos de medicina, sob a supervisão dos médicos docentes. Tais distinções são importantes quando consideramos que a instituição de realização desse estudo trata-se de um hospital escola. É notável a diferença de abordagem do parto entre os residentes médicos e os internos, o que poderia ser explicado pelas abordagens acadêmicas: metodologia tradicional, no caso dos primeiros, versus metodologias ativas no ensino e aprendizado da escola de medicina.

De acordo com a Tabela 3, 49% dos partos realizados no período diurno tiveram episiotomia, enquanto 52,2% dos partos do período noturno contaram com o procedimento. Não se observou associação estatisticamente significativa entre o horário de acontecimento do parto com a realização de episiotomia, ($p = 0,531$). Ao contrário do encontrado por Melo Júnior et al.¹³, que demonstrou uma maior frequência do procedimento durante o dia, e cogitou uma relação com a maior sobrecarga de trabalho e fluxo de pacientes nesse período.

Tabela 3
Distribuição dos casos de acordo com a utilização de episiotomia, por variáveis assistenciais. Brasília, 2009.

Variável	Grupo					
	Com episiotomia		Sem episiotomia		Total	
	N	%	N	%	N	%
Médico	42	46,7	48	53,3	90	100,0
Médico residente	86	45,5	103	54,5	189	100,0
Enfermeira residente	14	50,0	14	50,0	28	100,0
Enfermeira obstetra	0	0,0	2	100,0	2	100,0
Acadêmico de medicina e Médico	0	0,0	6	100,0	6	100,0
Médico e Médico residente	52	75,4	17	24,6	69	100,0
Total	194	50,5	190	49,5	384	100,0
Horário do parto	Com episiotomia		Sem episiotomia		Total	
	N	%	N	%	N	%
	Diurno	100	49,0	104	51,0	204
Noturno	94	52,2	86	47,8	180	100,0
Total	194	50,5	190	49,5	384	100,0
Outras intervenções médicas	Com episiotomia		Sem episiotomia		Total	
	N	%	N	%	N	%
	Ocitócitos	67	69,1	30	30,9	97
Parto instrumental	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Manobra de Kristeller e ocitocina	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Misoprostol	4	33,3	8	66,7	12	100,0
Nenhuma	120	44,1	152	55,9	272	100,0
Ocitócitos + Parto Instrumental	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Total	194	50,5	190	49,5	384	100,0
Ocorrência de laceração	Com episiotomia		Sem episiotomia		Total	
	N	%	N	%	N	%
	Sim	22	16,2	114	83,8	136
Não	142	67,6	68	32,4	210	100,0
Total	164	47,4	182	52,6	346	100,0
Necessidade de correção cirúrgica	Com episiotomia		Sem episiotomia		Total	
	N	%	N	%	N	%
	Sim	2	50,0	2	50,0	4
Não	162	47,6	178	52,4	340	100,0
Total	164	47,7	180	52,3	344	100,0

Observamos que foi realizada episiotomia em 100% dos partos com uso de Manobra de Kristeller associada à infusão de ocitocina, partos instrumentais e partos instrumentais associados à infusão de ocitocina. A prática clínica sugere que tais manobras são mais utilizadas em partos laboriosos ou demasiadamente demorados, principalmente, com o segundo período prolongado. Portanto, a indicação da episiotomia, além de permitir o uso de instrumentos, como o fórceps seria explicada por encurtar o período expulsivo¹³. Quanto à associação entre o uso de episiotomia e “outras intervenções médicas” concomitantes não foi possível utilizar o Teste χ^2 , por limitações estatísticas.

Quanto à variável “ocorrência de laceração”, a Tabela 3 indica que nos casos de laceração perineal, 83,8% aconteceram em partos sem a utilização de episiotomia, enquanto apenas 16,2% aconteceram concomitante ao uso da episiotomia. Portanto, existe associação estatisticamente significativa entre a ocorrência de laceração e a não-utilização de episiotomia ($p < 0,001$).

Não foi possível obter dados quanto ao grau das lacerações, porém, na prática observamos que, em sua maioria, essas lesões são de primeiro grau, o que é evidenciado pela dispensa de correção cirúrgica. Notamos ainda que elas poderiam, em muito, ser evitadas eliminando-se práticas como os puxos dirigidos e as distensões manuais do períneo durante o período expulsivo, que acabam por si só lesando a mucosa vaginal, além de não permitir uma acomodação e distensão gradual dos tecidos com a descida lenta da apresentação. Segundo Sacarabotto e Riesco⁹, a posição materna, em decúbito dorsal, também está associada à incidência de laceração perineal: “[...] foi encontrada prevalência de períneo íntegro no parto em posição lateral esquerda, com diferença estatisticamente significativa em comparação com a posição litotômica associada ao aumento de lacerações no períneo”.

No entanto, quando analisamos a variável “necessidade de correção cirúrgica” de laceração, encontramos uma frequência idêntica (50,0%) entre as mulheres submetidas a partos com e sem episiotomia. Mostrando, portanto, que não há associação estatisticamente significativa entre a necessidade de correção cirúrgica e a utilização de episiotomia ($p = 1,000$), pelo Teste Exato de Fisher. Tal resultado corrobora com as conclusões da Revisão da Biblioteca Cochrane, acerca de que não há diferenças quanto a grandes resultados, como a laceração pe-

rinal grave, com utilização ou não de episiotomia, sendo seu suposto efeito protetor totalmente nulo⁴.

Uma variável não abordada no estudo pelas dificuldades de mensuração e falta de informações no prontuário da paciente foi a posição de parto. No entanto, trabalhos recentes como de Baracho et al.¹⁴ demonstram sua importância na prevalência de episiotomia, conferindo à posição vertical um caráter protetor quanto à episiotomia. Esses autores sugerem que esse procedimento tenha sido menos necessário durante a realização de partos na posição vertical, em decorrência do efeito facilitador da força da gravidade. Outro fator importante é a dificuldade técnica de realização da episiotomia em posições de parto verticais.

Tabela 4

Distribuição dos casos de variáveis relacionadas ao parto, por utilização ou não de episiotomia. Brasília, 2009.

Variável	Grupo					
	Com episiotomia		Sem episiotomia		Total	
	N	%	N	%	N	%
Tempo de TP ativo						
Menos de 6 horas	148	79,6	160	90,4	308	84,8
6 a 12 horas	35	18,8	14	7,9	49	13,5
Mais de 12h	3	1,6	3	1,7	6	1,7
Total	186	100,0	177	100,0	363	100,0
Tempo de período expulsivo						
Menos de 1 hora	119	94,4	132	97,1	251	95,8
1 a 2 horas	4	3,2	3	2,2	7	2,7
Mais de 2 horas	3	2,4	1	0,7	4	1,5
Total	126	100,0	136	100,0	262	100,0

Na Tabela 4, observamos que 84,8% dos trabalhos de parto ativos tiveram duração menor que 6 horas, 13,5% duraram de 6 a 12 horas e 1,7% duraram mais de 12 horas. Apesar de demonstrar associação significativa entre a duração do trabalho de parto ativo e a realização de episiotomia ($p = 0,010$), o coeficiente de contingência indica baixo grau de associação (0,158), portanto, a associação é de baixo valor para o estudo.

Ainda de acordo com a Tabela 4, a maior realização de episiotomia esteve na distribuição de partos com duração de período expulsivo menor que 1 hora (94,4% dos partos com episiotomia), porém, nessa categoria, também se encontram distribuídos a grande maioria dos partos do estudo (95,8%). É bastante difundido

na literatura científica o conceito de que a episiotomia encurtaria o segundo período do parto, e muitas vezes essa seria uma de suas indicações. Entretanto, evidências demonstram que o uso rotineiro da episiotomia não reduz o risco de lesões no pólo cefálico e nem melhoram os escores de Apgar⁴. Por limitações estatísticas, não foi possível utilizar o Teste χ^2 neste caso.

CONCLUSÃO

A frequência de realização de episiotomia, nesse estudo, foi de 50,5%. Tal valor reflete a necessidade de adequação do serviço às taxas entre 10 a 30% do total de partos vaginais, descritas como adequadas pela literatura, inclusive, com realização de um estudo na instituição, sobre os critérios individuais usados pelos profissionais para prática do procedimento.

As variáveis maternas relacionadas ao uso de episiotomia foram: idade materna e paridade. A variável assistencial associada à episiotomia foi: ocorrência de laceração. Quanto às variáveis neonatais e variáveis relacionadas ao parto, não houve associação estatisticamente significativa entre quaisquer delas e a utilização de episiotomia.

Algumas variáveis demonstraram significância estatística pelo Teste χ^2 , porém com baixo grau de associação pelo Coeficiente de contingência, apresentando, portanto, pouco valor para o estudo. É o caso das seguintes: variável materna – procedência; variáveis neonatais - Apgar no 1.º minuto e idade gestacional; variáveis assistenciais – categoria do profissional; variável relacionada ao parto - duração do trabalho de parto ativo.

Por limitações estatísticas, não foi possível utilizar o Teste χ^2 no caso das variáveis “valores de Apgar no 5.º minuto”, “outras intervenções médicas” e “duração de período expulsivo”.

São instrumentos válidos a serem considerados na melhoria dos índices de realização de episiotomia na instituição a implementação de um programa de qualidade e educação continuada, a revisão e elaboração de critérios únicos e objetivos para todos os profissionais envolvidos com o parto, na forma de protocolos clínicos para indicação de episiotomia.

Existem evidências suficientes para afirmar que o uso rotineiro da episiotomia, em quaisquer de suas técnicas, não traz benefícios para as pacientes. Ainda assim, é necessária a reflexão a respeito

da prática diária, os fatores que dificultam a aceitação e implementação das evidências científicas quanto às indicações de episiotomia.

É possível que um elemento relevante seja a percepção do profissional assistente do parto e, inconscientemente, da própria parturiente, de que realizar alguma intervenção é a sua função, diferenciando-o dos demais, leigos. Um urgente resgate da Obstetrícia, em seu significado primeiro, é imprescindível. “O termo “obstetrícia” vem da palavra latina “*obstetrix*”, derivada do verbo “*obstare*”, que, por sua vez, significa “ficar ao lado”¹⁵. Cada vez mais a literatura científica corrobora esse conceito. Observar seria então, a principal função do profissional assistente de parto frente ao parto normal, intervindo tão somente quando as circunstâncias o exigirem.

REFERÊNCIAS

1. Rezende J. Obstetrícia. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 257-259.
2. Mattar R, Aquino MMA, Mesquita MRS. A prática da episiotomia no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2007. 29(1):1-2.
3. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2005. 10(3):627-637.
4. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.
5. Oliveira SMJV, Miquilini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2005. 39(3):288-295.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília. 2001.
7. Neme B. *Obstetrícia Básica*. 1ª ed. São Paulo: Sarvier; 1994. p. 149-150.
8. Zugaib M. *Obstetrícia*. 1ª ed. Barueri: Manole; 2008. 1248p.
9. Scarabotto LB, Riesco MLG. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2006. 40(3):389-395.
10. Menta S, Schirmer J. Relação entre a pressão muscular perineal no puerpério e o tipo de parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2006. 28(9):523-529.
11. Mapas das microrregiões de Goiás – IBGE. Entorno de Brasília. Disponível em: <http://www.seplan.gov.br/sepim/viewcad.asp?id_cad=5000&id_not=13>. Acessado em 20/mai/2010.
12. Araújo NRAS, Oliveira SC. *Cogitare Enfermagem*. 2006. 11(1):31-38.
13. Melo Júnior EF, Lima MC, Freire S. Fatores associados à realização seletiva de episiotomia em hospital universitário. *Revista de Ciências Médicas*. 2006. 15(2):95-101.
14. Baracho SM, et al. Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. 2009. 9(4):409-414.
15. Wikipédia: enciclopédia eletrônica. *Obstetrícia*. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Obstetr%C3%ADcia>>. Acessado em 20/jan/2010.

Trabalho de Conclusão de Curso a ser apresentado à Comissão de Residência em Enfermagem do Hospital Regional da Asa Sul, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, em fevereiro de 2010, como critério parcial para aprovação no Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da referida instituição.