

Fatores associados à realização de episiotomia

Factors associated with the performance of episiotomy

Factores relacionados a la realización de episiotomía

Bruna Menezes Aguiar¹

ORCID: 0000-0002-9394-4128

Thales Philipe Rodrigues da Silva¹

ORCID: 0000-0002-7115-0925

Samire Lopes Pereira¹

ORCID: 0000-0003-0668-1583

Ana Maria Magalhães Sousa^{II}

ORCID: 0000-0002-7096-592X

Roberta Barbosa Guerra^{III}

ORCID: 0000-0002-6683-6113

Kleyde Ventura de Souza¹

ORCID: 0000-0002-0971-1701

Fernanda Penido Matozinhos¹

ORCID: 0000-0003-1368-4248

¹ Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

^{II} Instituto Villamil. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

^{III} Hospital Maternidade Sofia Feldman. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

Como citar este artigo:

Aguiar BM, Silva TPR, Pereira SL, Sousa AMM, Guerra RB, Souza KV, et al. Factors associated with the performance of episiotomy. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 4):e20190899. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0899>

Autor Correspondente:

Fernanda Penido Matozinhos
E-mail: nandapenido@hotmail.com



EDITOR CHEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASSOCIADO: Hugo Fernandes

Submissão: 20-12-2019 Aprovação: 24-05-2020

RESUMO

Objetivo: Avaliar os fatores associados à realização de episiotomia. **Métodos:** Estudo transversal, desenvolvido com dados da pesquisa "Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre o parto e nascimento", realizada com 577 mulheres que tiveram seus filhos por via vaginal. Para verificar a magnitude da associação entre a realização de episiotomia e seus possíveis determinantes, foram construídos modelos de regressão logística para estimar a *odds ratio*. **Resultados:** A episiotomia foi realizada em 26,34% das mulheres; e, destas, 59,21% sabiam que haviam sido submetidas a ela. Observou-se que mulheres mais jovens, primigestas, mulheres assistidas por profissional que não o enfermeiro obstetra e mulheres que tiveram seus bebês em hospital privado apresentam aumento na chance de serem submetidas a esse procedimento. **Conclusão:** Considerando as taxas do uso da episiotomia, este estudo destaca a necessidade de contra-indicação absoluta de sua realização indiscriminada. **Descritores:** Episiotomia; Fatores Socioeconômicos; Paridade; Idade Materna; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Objective: To analyze the factors associated with the performance of episiotomy. **Methods:** Cross-sectional study, developed with data from the research "Born in Belo Horizonte: Labor and birth survey," conducted with 577 women who had their children via vaginal birth. In order to verify the magnitude of the association between episiotomy and its possible determinants, logistic regression models were constructed to estimate the *odds ratio*. **Results:** Episiotomy was performed in 26.34% of women, and 59.21% knew they had been subjected to it. We observed that younger women, primiparous women, women assisted by a professional other than the obstetric nurse and women who had their babies in a private hospital have an increased chance of being submitted to this procedure. **Conclusion:** Considering the rates of episiotomy, this study highlights the need for the absolute contraindication to indiscriminate performing it. **Descriptors:** Episiotomy; Socioeconomic Factors; Parity; Maternal age; Obstetric Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar los factores relacionados a la realización de episiotomía. **Métodos:** Estudio transversal, desarrollado con datos de la investigación "Nascer em Belo Horizonte: Averiguación sobre el parto y nacimiento", realizada con 577 mujeres que tuvieron sus hijos por vía vaginal. Para verificar la magnitud de la relación entre la realización de episiotomía y sus posibles determinantes, han sido construidos modelos de regresión logística para estimar la *odds ratio*. **Resultados:** La episiotomía ha sido realizada en 26,34% de las mujeres; y, de estas, 59,21% sabían que habían sido sometidas a ella. Se observó que mujeres más jóvenes, primigestas, mujeres asistidas por profesional que no sea enfermero obstetra y mujeres que tuvieron sus bebês en hospital privado presentan aumento en la chance de ser sometidas a eso procedimiento. **Conclusión:** Considerando las tasas del uso de la episiotomía, este estudio destaca la necesidad de contra-indicación absoluta de su realización indiscriminada. **Descriptor:** Episiotomía; Factores Socioeconómicos; Paridad; Edad Materna; Enfermería Obstétrica.

INTRODUÇÃO

O processo de parir, durante muito tempo, foi considerado natural e privativo da mulher, compartilhado com outras mulheres, seus familiares e parteiras ou comadres. Com o passar dos anos, foi substituído por um modelo de atenção obstétrica baseado na hospitalização do parto e do nascimento, fomentando um conjunto de práticas obstétricas intervencionistas⁽¹⁾.

Estas tornaram o cenário obstétrico mundial, muitas vezes, violento. Quando realizadas sem indicação clínica, podem aumentar o risco de complicações no pós-parto. Uma das práticas obstétricas consideradas intervencionistas é a episiotomia⁽¹⁾.

Ela é uma das intervenções obstétricas mais comuns no mundo e, em alguns países, é considerada um procedimento de rotina. Consiste na ampliação da abertura vaginal por meio de uma incisão cirúrgica no períneo e pode ser realizada por médicos e enfermeiros obstétricos⁽²⁾. As taxas de episiotomia aumentaram substancialmente durante a primeira metade do século XX, decorrente do processo de medicalização do ato de parir e como justificativa para os partos por via vaginal ocorrerem sem complicações⁽³⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a taxa de episiotomia em uma instituição não ultrapasse 10%⁽⁴⁾. Há uma variação nesses índices de acordo com o país estudado: por exemplo, na França, ela foi realizada em 19,9% dos partos⁽⁵⁾. Já na Colômbia e na Espanha, a taxa foi de 30,48% e 50%, respectivamente⁽⁶⁻⁷⁾. Revisão sistemática de 2018, que avaliou tendências da prática de episiotomia, observou variação de 5% na Dinamarca até mais de 90% em alguns países asiáticos⁽⁸⁾. No Brasil, foi de 16%, variando de acordo com a paridade: 27,40% nas primíparas e 3,40% nas múltiparas⁽⁸⁾. Segundo estudo nacional realizado com dados da pesquisa da avaliação da Rede Cegonha, a proporção de episiotomia foi de 27,7% em hospitais públicos, mas com dados autorreferidos pela parturiente⁽⁹⁾. No cenário brasileiro, esse procedimento é realizado em 27,7% das mulheres em instituições públicas e 39,4% no setor privado⁽⁹⁾.

Sabe-se que a episiotomia pode ampliar a extensão das lacerações perineais, além de aumentar o risco de infecção para a mulher, hemorragia, disfunção do assoalho pélvico, dispareunia, fistulas retovaginais, hematomas, dentre outras. Tais complicações têm impactos negativos na qualidade de vida da parturiente e na relação materno-fetal, além de relacionar-se com maiores gastos no sistema de saúde, o que aumenta o tempo de permanência hospitalar^(2,10).

Ressalta-se que, atualmente, não há evidências que corroborem a necessidade de episiotomia nos cuidados de rotina. Contudo, alguns fatores predispõem a mulher ao maior risco de ser submetida a esse procedimento, como: ser primigesta, além da prematuridade, peso e vitalidade do recém-nascido⁽¹¹⁻¹²⁾. O uso de analgesia peridural, parto instrumental e aplicação de ocitocina sintética para a indução do trabalho de parto (TP) e partos acima de 41 semanas também apresentam maior possibilidade de realização de episiotomia⁽⁷⁾.

Esta pesquisa avança, portanto, em relação aos estudos existentes no contexto brasileiro acerca da temática.

OBJETIVO

Avaliar os fatores associados à realização de episiotomia.

MÉTODOS

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e pelos Comitês de Ética das maternidades envolvidas. A coleta de dados foi iniciada após obtenção da assinatura das parturientes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo observacional com delineamento transversal, desenvolvido com dados da pesquisa "Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre o parto e nascimento", realizada em sete maternidades que atendem à rede pública de saúde e em quatro maternidades que atendem à rede suplementar de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. Essa pesquisa utilizou o mesmo método de amostragem, logística e recursos materiais do estudo de abrangência nacional intitulado "Nascer no Brasil: inquérito sobre parto e nascimento"⁽¹³⁾.

Amostra

A amostra foi constituída por puérperas que tiveram filhos nascidos vivos em 2011 em hospitais com 500 ou mais nascidos vivos em 2007, segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se a taxa de cesárea do ano de 2007. O processo de amostragem se deu por três estágios. O primeiro deles compreendeu a seleção dos hospitais, e somente aqueles com 500 ou mais nascidos vivos em 2007 foram incluídos nesse processo. O segundo estágio utilizou o método de amostragem inversa, que define o número de entrevistas realizadas como regra de parada para a amostra consecutiva de dias de pesquisa. Para considerar a diferença entre o número de nascidos vivos em dias úteis e fins de semana, um mínimo de sete dias consecutivos por hospital foi obrigatório. O último estágio de amostragem foi a seleção das puérperas elegíveis para participar do estudo, tendo ocorrido de maneira aleatória. Puérperas com distúrbios mentais graves, desabrigadas (ou em situação de rua), estrangeiras que não compreendessem o português, surdas/mudas e condenadas por ordem judicial foram consideradas inelegíveis⁽¹³⁾.

Foram incluídas, neste estudo, as mulheres admitidas nas maternidades selecionadas por ocasião da realização de parto, que tiveram seus filhos por via vaginal e que aceitaram participar da pesquisa (n = 600).

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2011 a março de 2013, por meio de entrevista com as puérperas pelo menos seis horas após o parto — sendo este tempo pré-estabelecido como intervalo mínimo definido para descanso pós-parto⁽¹³⁾ — e mediante investigação nos seus prontuários. As entrevistas foram realizadas por enfermeiros treinados; os dados, registrados em netbooks e, em seguida, exportados para um servidor exclusivo.

A amostra final constituiu-se de 577 parturientes, pois 23 mulheres foram excluídas por ausência de informação no prontuário sobre a realização ou não da episiotomia.

Protocolo do estudo

Como variável-desfecho deste estudo, assumiu-se a realização da episiotomia, sendo: 0 – não realização; e 1 – realização.

As variáveis incluídas neste estudo referem-se às características sociodemográficas, antecedentes obstétricos, clínicos, da gestação, do parto, além da fonte financiadora do hospital (público ou privado).

Criou-se, ainda, uma variável denominada “intercorrências (clínica ou obstétrica) durante a gestação ou parto” e que, possivelmente, influenciaria na maior chance de realização de episiotomia. Considerou-se “intercorrência” se houvesse pelo menos uma das seguintes condições presentes: sofrimento fetal, ameaça de parto prematuro ou amniorrexe prematura⁽¹¹⁾.

Análise dos resultados e estatística

Para a análise dos dados, foi utilizado o pacote estatístico Stata, versão 14.0.

As estimativas foram apresentadas em proporções (%), com seus respectivos intervalos de confiança (IC 95%). Para as variáveis quantitativas, depois de verificada a assimetria pelo teste Shapiro-Wilk, os dados foram apresentados por meio de mediana e intervalo interquartil (IQ). Visando verificar a magnitude da associação entre a variável desfecho e seus possíveis determinantes (variáveis-exposição), foram construídos modelos de regressão logística para estimar a *odds ratio* (OR).

Para o modelo de regressão multivariado, adotou-se o método *backward* e incluíram-se todas as variáveis de interesse que se relacionaram a um nível de significância estatística inferior a 20% na análise bivariada, sendo retiradas uma a uma. Todavia, critérios teóricos também foram empregados no processo de modelagem estatística⁽¹¹⁾. Para avaliar os ajustes do modelo final, utilizou-se o teste de bondade do modelo de Hosmer-Lemeshow.

RESULTADOS

A amostra foi composta de 577 mulheres, com mediana de idade de 26 anos (IQ = 21-31), cor autorreferida parda (69,67%), mulheres que exerciam trabalho remunerado (53,38%), que possuíam ensino médio (56,60%) e união estável (66,72%) (Tabela 1). Ressalta-se que os totais das variáveis podem variar, devido às diferentes taxas de não resposta.

A prática de episiotomia foi realizada em 152 (26,34%) das mulheres da amostra deste estudo. Destas, 90 (59,21%) sabiam que haviam sido submetidas a esse procedimento (dados não mostrados).

Na Tabela 2, são apresentados os possíveis fatores associados ao procedimento. Em relação às variáveis socioeconômicas, associaram-se com a realização da episiotomia: idade e escolaridade. No perfil obstétrico, a episiotomia associou-se com: primigestação, intercorrência no trabalho de parto, posição do parto “deitada de costas com as pernas levantadas”, profissional que assistiu o parto e financiamento do hospital de realização do parto (Tabela 2).

Na Tabela 3, foi apresentado o modelo ajustado final, com os fatores associados à realização de episiotomia. No que tange ao perfil socioeconômico, observou-se que aumento em um ano de idade da mulher reduziu, em média, em 0,94 (IC95% 0,90–0,99) vezes a chance de ser submetida a esse procedimento (Tabela 3).

Tabela 1 – Perfil da amostra, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2011–2013

| | n(%) | IC95% |
|---------------------|------------|-------------|
| Idade* | 26(21–31) | |
| Cor | | |
| Branca | 123(21,32) | 18,15–24,56 |
| Preta | 52(9,01) | 6,92–11,64 |
| Parda** | 402(69,67) | 65,78–73,29 |
| Trabalho remunerado | | |
| Não | 269(46,62) | 42,56–50,71 |
| Sim | 308(53,38) | 49,28–57,43 |
| Escolaridade | | |
| Ensino fundamental | 200(34,72) | 30,93–38,71 |
| Ensino médio | 326(56,60) | 52,50–60,60 |
| Ensino superior | 50(8,68) | 6,63–11,28 |
| Estado civil | | |
| União estável | 385(66,72) | 62,76–70,46 |
| Sem companheiro | 192(33,28) | 29,53–37,23 |

Nota: *Mediana (IQ); **Incluem: Parda, morena, amarela e indígena. IC95%: intervalos de confiança.

Tabela 2 – Fatores socioeconômicos e obstétricos associados à realização de episiotomia, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2011–2013

| Variáveis Socioeconômicas | Episiotomia Não n(%) | Episiotomia Sim n(%) | Modelo bruto* OR(IC95%) |
|--|----------------------|----------------------|-------------------------|
| Idade* | 26(22–31) | 24(20–28,5) | 0,94 (0,92–0,97) |
| Cor | | | |
| Branca | 84(68,29) | 39(31,71) | 1 |
| Preta | 41(78,85) | 11(21,15) | 0,57(0,26–1,24) |
| Parda* | 300(74,63) | 102(25,37) | 0,73(0,47–1,13) |
| Trabalho remunerado | | | |
| Sim | 199(73,98) | 70(26,02) | 1 |
| Não | 226(73,38) | 82(26,62) | 1,03(0,71–1,49) |
| Escolaridade | | | |
| Ensino fundamental | 162(81,00) | 38(19,00) | 1 |
| Ensino médio | 229(70,25) | 97(28,75) | 1,80(1,17–2,76) |
| Ensino superior | 33(66,00) | 17(34,00) | 2,19(1,10–4,35) |
| Estado civil | | | |
| União estável | 287(74,55) | 98(25,45) | 1 |
| Sem companheiro | 138(71,88) | 54(28,13) | 1,14(0,77–1,69) |
| Obstétricas | | | |
| Primigesta | | | |
| Não | 269(82,77) | 46(17,23) | 1 |
| Sim | 156(61,90) | 96(38,10) | 2,95(2,01–4,34) |
| Uso de ocitocina durante o trabalho de parto | | | |
| Não | 221(76,47) | 68(23,53) | 1 |
| Sim | 199(70,32) | 84(29,68) | 1,37(0,94–1,99) |
| Intercorrências no trabalho de parto | | | |
| Não | 383(74,22) | 133(25,78) | 1 |
| Sim | 42(68,85) | 19(31,15) | 1,30(0,73–2,31) |
| Posição “deitada de costas com as pernas levantadas” | | | |
| Não | 339(71,22) | 137(28,78) | 1 |
| Sim | 78(91,76) | 7(8,24) | 0,22(0,09–0,49) |
| Bebê | | | |
| Termo | 363(73,48) | 131(26,52) | 1 |
| Prematuro | 37(75,51) | 12(24,49) | 0,89 (0,45–1,77) |
| Peso ao nascer (g) | | | |
| Até 2.499 | 34(79,07) | 9(20,93) | 1 |
| 2.500 a 3.999 | 377(73,20) | 138(26,80) | 1,38 (0,64–2,95) |
| 4.000 ou mais | 9(69,23) | 4(30,77) | 1,67 (0,41–6,72) |
| Profissional que assistiu o parto | | | |
| Enfermeiro obstetra | 164(95,91) | 7(4,09) | 1 |
| Médico | 259(64,43) | 143(35,57) | 3,59(2,43–5,32) |
| Financiamento do hospital de realização do parto | | | |
| Público | 390(76,92) | 117(23,08) | 1 |
| Privado | 35(50,00) | 35(50,00) | 3,33(1,99–5,56) |

Nota: *Mediana(IQ); OR – odds ratio; IC95% – intervalos de confiança

Tabela 3 – Modelo final ajustado dos fatores associados à realização de episiotomia, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2011–2013

| Variável | Modelo ajustado* OR(IC95%) | Valor de p |
|--|-------------------------------|------------|
| Socioeconômicas | | |
| Idade | 0,94(0,90–0,99) | 0,016 |
| Obstétricas | | |
| Primigesta | | |
| Não | 1 | |
| Sim | 2,15(1,32–3,49) | 0,002 |
| Profissional que assistiu o parto | | |
| Enfermeiro obstetra | 1 | |
| Outro profissional | 3,29(2,19–4,94) | < 0,001 |
| Financiamento do hospital de realização do parto | | |
| Público | 1 | |
| Privado | 2,50(1,34–4,64) | 0,004 |

Nota: OR – odds ratio; IC95% – intervalos de confiança; *p (teste Hosmer-Lemeshow) = 0,4158; modelo ajustado por escolaridade, bebês prematuros, intercorrência durante o trabalho de parto e peso ao nascer.

No tocante ao perfil obstétrico, as primigestas aumentaram, em média, em 2,15 (IC95% 1,32–3,49) vezes a chance de serem submetidas à episiotomia em relação às múltiparas. Mulheres assistidas por profissional que não o enfermeiro obstetra apresentaram, em média, aumento de 3,29 (IC95% 2,19–4,94) vezes na chance de passarem pelo procedimento quando comparadas com as gestantes que tiveram o profissional enfermeiro obstetra no momento do parto. Por fim, gestantes que tiveram seus bebês em hospital privado apresentaram aumento, em média, de 2,50 (IC95% 1,34–4,64) vezes na chance de sofrerem episiotomia quando comparadas com as que tiveram seus bebês em hospital público (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciaram que a episiotomia foi realizada em 26,34% das parturientes; e, destas, 59,21% sabiam que haviam sido submetidas a esse procedimento. Quanto aos fatores associados à realização desse procedimento, constatou-se que mulheres mais jovens, primigestas, mulheres assistidas por profissional que não o enfermeiro obstetra e mulheres que tiveram seus bebês em hospital privado apresentam aumento na chance de serem submetidas a ele.

No que tange à realização da episiotomia, a OMS lançou recomendações sobre padrões de tratamento e cuidados relacionados às parturientes. Estas foram, posteriormente, ratificadas pelo Ministério da Saúde (MS), sendo denominadas como boas práticas na atenção ao parto normal. Visam orientar a conduta do profissional e são classificadas como: práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas; práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; e práticas usadas de modo inapropriado no momento de TP e parto, em cuja categoria se insere a episiotomia^(1,14-15).

Neste estudo, dentre as mulheres que realizaram episiotomia, 40,79% não sabiam que haviam sido submetidas a ela. Estudo recente mostrou que a maioria das mulheres são submetidas à cesariana, episiotomia, indução do parto e exames vaginais sem seu consentimento⁽¹⁶⁾. Esses resultados apontam que as intervenções

desnecessárias durante o trabalho de parto violam os direitos das mulheres e a sua autonomia no processo de parir. Muitas vezes, determinadas condutas são decorrentes da impaciência em aguardar o nascimento de forma fisiológica, desrespeitando a autonomia das mulheres no processo de parturição⁽¹⁶⁾. Além disso, a realização da episiotomia infringe os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, pelo fato de submeter um corpo saudável a um dano, sem se ter benefício estabelecido por evidência científica⁽¹⁷⁾.

A realização de episiotomia pode aumentar a chance de hemorragias, infecção e deiscência da ferida, formação de hematoma, dor perineal, rompimento estendido no esfíncter anal e reto. Há, também, possíveis complicações no longo prazo, como: dispareunia, disfunção anorretal e disfunção sexual^(2,10). Ressalta-se que o uso de boas práticas durante o trabalho de parto, recomendadas pela OMS, pode reduzir a probabilidade de intervenções desnecessárias e ter efeitos positivos na experiência de parto dessas mulheres^(14,16).

Os resultados deste estudo mostraram que mulheres mais jovens e primigestas apresentaram maior chance de serem submetidas à episiotomia. Revisão sistemática de 2019 confirma esses achados⁽¹⁸⁾. A realização desse procedimento em primigestas está associada com maiores chances de lesões obstétricas do esfíncter anal⁽¹⁹⁾. Autores demonstram que os principais argumentos por parte dos profissionais que fazem o uso inapropriado da episiotomia relacionam-se à rigidez perineal, (justificando-se que poderia levar ao prolongamento do período de desprendimento do polo cefálico), bem como à inexperiência da mulher com o trabalho de parto⁽²⁾. Reforça-se que tais argumentos não são embasados em evidências científicas, pois o modelo de assistência ao parto, com uso excessivo de intervenções, não encontra respaldo em diretrizes ou estudos internacionais^(3,20). A aplicação das práticas claramente úteis e que devem ser estimuladas, como a livre movimentação da parturiente, uso do partograma e realização de métodos não farmacológicos para alívio da dor, podem solucionar as referidas justificativas⁽¹⁶⁾.

Neste trabalho, parturientes assistidas por enfermeiros(as) obstétricos(as) apresentaram menores chances de sofrer episiotomia. Outros estudos ratificam esse achado, além de ressaltarem maiores índices de períneo íntegro e, consequentemente, menor ocorrência de ruptura esfinteriana⁽²¹⁾. Ainda nesse sentido, metanálise⁽²²⁾ realizada com 17.674 participantes evidenciou que as mulheres assistidas por um modelo “*Midwife-led continuity*” apresentam redução na razão de risco de passar por tal procedimento, com média de 0,84 (IC95% 0,77–0,92)⁽²²⁾. Outro estudo, realizado com 480 prontuários de partos vaginais do Rio de Janeiro, evidenciou que parturientes acompanhadas por enfermeiras(os) apresentaram índice inferior de receber episiotomia⁽²³⁾.

Enfermeiras(os) obstétricas(os) utilizam diversas técnicas que contribuem para o relaxamento da parturiente e proteção perineal, como exercícios respiratórios, movimentos pélvicos e banho morno⁽²⁴⁾. A restrição ao número de prestadores da assistência, a redução do número de exames vaginais e a livre escolha de posição, pela mulher, durante o trabalho de parto e parto, determinam a qualidade da assistência ao parto, sendo cuidados estimulados por enfermeiros(as)^(21,25).

Por fim, verificou-se, nesta pesquisa, que a chance de ocorrência de episiotomia foi maior em instituições privadas. Esse resultado

corroborar dados da revisão sistemática de 2019, os quais mostram que o financiamento do hospital pode ser um fator de risco para a realização dessa incisão cirúrgica⁽¹⁸⁾. De modo geral, mulheres atendidas em hospitais públicos possuem mais acesso às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, tais como métodos não farmacológicos de alívio da dor, livre escolha de posições durante o parto e maior probabilidade de se movimentarem, o que reduz a chance de serem submetidas à episiotomia. Esse fato pode estar relacionado às ações e incentivos realizados pelo Ministério da Saúde para a promoção do parto humanizado e vaginal, por meio da divulgação de manuais, portarias, adaptação do ambiente e qualificação dos profissionais envolvidos com o parto e nascimento⁽¹⁵⁾.

Estudo realizado em uma maternidade pública de Londrina, Paraná, demonstrou proporção de realização de episiotomia de 7,3%⁽²⁶⁾, inferior ao recomendado pela OMS⁽⁴⁾. Outro trabalho revelou taxas de intervenção obstétrica mais altas entre as mulheres que pariram em hospitais particulares (47%), quando comparadas aos índices dos hospitais públicos (29%)⁽²⁷⁾. Ressalta-se que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabeleceu algumas medidas para o incentivo do parto normal, como o uso obrigatório do partograma e do cartão da gestante⁽²⁸⁾.

A episiotomia impacta, também, os custos da atenção hospitalar, como demonstrado por um estudo que avaliou duas maternidades públicas do Rio de Janeiro e uma filantrópica de Belo Horizonte⁽²⁹⁾. Verificou-se que a última instituição possuía índices de episiotomia menores (3,1%), repercutindo em menores custos de insumos utilizados, devido à frequência reduzida de práticas invasivas, podendo-se relacionar, ainda, à assistência prestada — 80% dos partos vaginais foram assistidos por enfermeiros obstétricos⁽²⁹⁾.

Limitações do estudo

Por fim, torna-se relevante o reconhecimento de algumas limitações nesta pesquisa. Primeiro, trata-se de um estudo de delineamento transversal, o que impossibilita identificar a temporalidade

das associações. Ressalta-se, também, a perda de alguns dados, intrínseca ao fato de a coleta de dados ter sido efetuada, também, em prontuários. Contudo, foram realizadas as análises de sensibilidade de forma comparativa entre a amostra final (de 577 parturientes) e as 23 mulheres excluídas — por ausência de informação no prontuário. Demonstrou-se que as perdas ocorreram de forma aleatória, não afetando as estimativas deste estudo.

Contribuições para a área da Enfermagem

Muitos são os avanços deste trabalho para a área da saúde e da enfermagem, pois os resultados fornecem informações epidemiológicas importantes, ressaltando que, em instituições públicas e com enfermagem obstétrica, atuante na assistência ao trabalho de parto e parto, há melhores perspectivas em comparação às instituições privadas e com ênfase em uma assistência mais intervencionista. Assim, a garantia de um cuidado humanizado pode, indubitavelmente, contribuir para a redução das taxas de episiotomia.

CONCLUSÃO

A episiotomia foi realizada em 26,34% das mulheres; e, destas, 59,21% sabiam que haviam sido submetidas a ela. Observou-se que mulheres mais jovens, primigestas, mulheres assistidas por profissional que não o enfermeiro obstetra e mulheres que tiveram seus bebês em hospital privado apresentam aumento na chance de serem submetidas a esse procedimento.

Os resultados deste estudo suscitam reflexão sobre a importância de fomentar ações de cuidado e planejamento de atenção à saúde direcionadas a mulheres com perfil apontado nos resultados deste estudo, estimulando modelos de atendimento mais humanizados e holísticos, que considerem a singularidade de cada mulher e respeitem a sua autonomia. Ademais, considerando-se as taxas do uso da episiotomia, este estudo destaca a necessidade de contraindicação absoluta de sua realização indiscriminada.

REFERÊNCIAS

1. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery*. 2016;20(2):324–31. doi: 10.5935/1414-8145.20160044
2. Nunes RD, Mapelli AV, Nazário NO, Traebert E, Seemann M, Traebert J. Avaliação dos fatores determinantes à realização da episiotomia no parto vaginal. *Enferm Foco*. 2019;10(1):71-5. doi: 10.21675/2357-707X.2019.v10.n1.1399
3. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Libr*. 2017;(2). doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub3
4. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva; 2018[cited 2020 Apr 28]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=7249D951142ADCD80C5CC49A30B618B0?sequence=1>.
5. Goueslard K, Cottenet J, Roussot A, Clesse C, Sagot P, Quantin C. How did episiotomy rates change from 2007 to 2014? population-based study in France. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):208-12. doi: 10.1186/s12884-018-1747-8
6. Mellizo-Gaviria AM, López-Veloz LM, Montoya-Mora R, Ortiz-Martínez RA, Gil-Walteros CC. Frequency of episiotomy and complications in the obstetrics service of Hospital Universitario San José, Popayán (Colombia), 2016. Exploration of maternal and perinatal factors associated with its performance. *Rev Colomb Obstetr Ginecol*. 2018;69(2):88-97. doi: 10.18597/rcog.3030
7. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro M, Jordana MC, Martínez-Roche ME. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. *Rev Latino-Am Enferm*. 2016;24:e2793. doi: 0.1590/1518-8345.0334.2686

8. Clesse C, Ligezzolo-Alnot J, De Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. Statistical trends of episiotomy around the world: Comparative systematic review of changing practices. *Health Care Women Int.* 2018;39(6):644-62. doi: 10.1080/07399332.2018.1445253
9. Leal MC, Bittencourt SA, Pereira APE, Ayres BVS, Silva LBRA, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad Saúde Pública.* 2019;35(7):1-14. doi: 10.1590/0102-311X00223018
10. Azevedo M, Guilhem DB, Hobo TMW, Goulart MV. Avaliação da predominância da incontinência anal nos partos vaginal e cesáreo. *Univ, Ciênc Saúde.* 2017;15(2):101-6. doi: 10.5102/ucs.v15i2.4240
11. Aguiar M, Farley A, Hope L, Amin A, Shah P, Maneseki-Holland, S. Birth-Related perineal trauma in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Matern Child Health J.* 2019;23:1048-70. doi: 10.1007/s10995-019-02732-5
12. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública.* 2014;30(Suppl-1): S17-S32. doi: 10.1590/0102-311X00151513
13. Vasconcellos MTL, Silva PLN, Pereira APE, Schilithz AOC, Souza-Jr PRB, Szwarcwald CL. Desenho da amostra Nascer no Brasil: Pesquisa Nacional sobre Parto e Nascimento. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30 Supl: S49-58. doi: 10.1590/0102-311X00176013.
14. Silva TPR, Pena-Dumont E, Sousa AMM, Amorim T, Tavares LC, Nascimento DCP, et al. Obstetric Nursing in best practices of labor and delivery care. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 3): 235-42. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0561
15. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2020 Apr 28]. Available from: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
16. Bohren MA, Mehtarash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E, et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *Lancet.* 2019;1-14. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31992-0
17. Amorim MM, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reprod Health.* 2017;14(55):1-10. doi: 10.1186/s12978-017-0315-4
18. Clesse C, Ligezzolo-Alnot J, De Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. Factors related to episiotomy practice: an evidence-based medicine systematic review. *J Obstetr Gynaecol.* 2019;39(6):737-47. doi: 10.1080/01443615.2019.1581741
19. 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. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction.* 2019;48(8):657-662. doi: 10.1016/j.jogoh.2019.07.004
20. Sobieray NLEC, Souza BM. Prevalência de episiotomia e complicações perineais quando da sua realização ou não em uma maternidade de baixo risco do complexo HC/UFPR. *Arq Med Hosp Fac Cien Med Santa Casa São Paulo.* 2019;64(2):93-99. doi: <https://doi.org/10.26432/1809-3019.2019.64.2.093>
21. Dencker A, Smith V, McCann C, Begley C. Midwife-led maternity care in Ireland: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(101):01-08. doi:10.1186/s12884-017-1285-9
22. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;28(4):CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5
23. Pereira, ALF, Araújo CS, Gouveia MSF, Potter VMP, Santana ALS, et al. Resultados maternos e neonatais dos partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras e médicos. *Rev Eletr Enferm.* 2012;14(4):831-40. doi: 10.5216/ree.v14i4.13665
24. Silva TF, Costa GAB, Pereira ALF. Cuidados de Enfermagem Obstétrica no Parto Normal. *Esc Enferm UERJ.* 2011;16(1):82-7. doi: 10.5380/ce.v16i1.21116
25. Bodner-Adler B, Kimberger O, Griebbaum J, Husslein P, Bodner K. A ten-year study of midwife-led care at an Austrian tertiary care center: a retrospective analysis with special consideration of perineal trauma. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):357. doi: 10.1186/s12884-017-1544-9
26. Wielgalnezuk RP, Pinto KRTF, Zani AV, Berbarady CCF, Parada CMGL, Lopes DBM, et al. Perfil de puérperas e de seus neonatos em maternidades públicas. *REAS.* 2019;11(7):1-9. doi: 10.25248/reas.e605.2019
27. Dahlen HG, Tracy S, Tracy M, Bisits A, Brown C, Thornton C. Rates of obstetric intervention among low-risk women giving birth in private and public hospitals in NSW: a population-based descriptive study. *BMJ Open.* 2012;2(5):1-8. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001723
28. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa-RN Nº 368, de 6 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar [Internet]. Brasília, DF: ANS; 2015 [cited 2020 Apr 28]. Available from: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mjg5Mg==>
29. Entringer AP, Pinto MFT, Gomes MASM. Análise de custos da atenção hospitalar ao parto vaginal e à cesariana eletiva para gestantes de risco habitual no Sistema Único de Saúde. *Ciênc Saúde Colet.* 2019;24(4):1527-36. doi: 10.1590/1413-81232018244.06962017z