

EPISIOTOMIA EM HOSPITAL ENSINO NO SUL DO BRASIL: PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS

Tiara Cristina Romeiro, Meliana Gisleine de Paula, Cátia Millene Dell' Agnolo, Maria Dalva de Barros Carvalho, SANDRA MARISA PELLOSO
Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Paraná, Brasil.
smpelloso@uem.br

Introdução

Atualmente, a episiotomia representa um dos procedimentos mais realizados no mundo (CUNNINGHAN et al., 2001). Desde o século XVIII com a medicalização do parto através das práticas cirúrgicas, a episiotomia passou a ser recomendada sistematicamente por DeLee e Pomeroy (NEME, 2000). Desde então o procedimento tornou-se rotineiro, atingindo uma prevalência de mais de 90% em alguns países (BORGES, SERRANO e PEREIRA, 2003).

As taxas mundiais de episiotomia variam desde 9.7% na Suécia (norte da Europa) até 96.2% na América do Sul (Equador). Taxas mais baixas são encontradas no Canadá (23.8%) e Estados Unidos (32.7%) e em muitos países como o Brasil (94.2%), África do Sul (63.3%) e China (82%), os índices de episiotomia permanecem altos (GRAHAM et al., 2005).

Na década de 70 surgiu um movimento naturalista que passou a questionar o uso rotineiro da episiotomia. A partir daí, vários estudos foram realizados com a finalidade de analisar a utilidade e benefícios da episiotomia (FERRER, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS, 1996), e o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), recomendam o uso seletivo da episiotomia e atribuem o seu uso rotineiro como prejudicial, devendo ser desestimulado e indicado somente em 10 a 15% dos casos.

São documentados e comprovados cientificamente diversos riscos com a sua realização como dor, edema, infecção, dispareunia, lacerações de terceiro e quarto graus, além de afetar negativamente a imagem corporal da mulher (SANTOS, 2004).

Desta forma, diante da continuidade do uso rotineiro da episiotomia, o objetivo deste estudo foi verificar sua prevalência nos partos ocorridos em um hospital universitário e sua relação com variáveis maternas e peso ao nascimento.

Materiais e Métodos

Estudo transversal e retrospectivo, realizado em um Hospital Ensino do Noroeste do Paraná. Esta é uma Instituição de referência como pólo da macro região do noroeste do Estado para atendimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) nos casos de gestação de alto risco. Disponibiliza 15 leitos para este fim, além de prestar assistência ao parto e puerpério e atendimento ginecológico às mulheres.

Para a coleta dos dados foram utilizados os prontuários de mulheres que realizaram parto normal entre janeiro de 2007 a junho de 2009. Foram excluídos 11 partos realizados a fórceps e um parto domiciliar, constituindo uma população de 681 partos analisados.

Foram estudadas as seguintes variáveis: idade da mãe, idade gestacional, paridade, tipo de episiotomia, grau de laceração, e indução do parto com o uso de ocitocina e peso ao nascimento.

As parturientes foram classificadas em adolescentes quando menores de 20 anos, em idade adulta quando entre 20 a 34 anos e gestantes idosas em idade igual ou superior a 35 anos; primigestas (gestação única), secundigesta (duas gestações) e multigestas (com três ou mais gestações); em relação à idade gestacional, foi considerado prematuro extremo em gestações menores de 28 semanas, em pré-termo de 28 a 36 semanas, de 37 a 40 semanas gestações a termo e pós-termo com idade gestacional igual ou superior a 41 semanas. Em relação ao tipo de parto foi classificado o parto normal sem episiotomia, com episiotomia médio

lateral direita (corte lateral) e com episiotomia mediana (corte no segmento de fúrcula vaginal). Os casos de laceração foram classificados em parto sem laceração (sem lesão perineal), com laceração de grau I (lesão de mucosa e pele), grau II (laceração de musculatura perineal e mucosa) e grau III (laceração de mucosa, músculo perineal e parte da musculatura de esfíncter anal).

Os dados foram tabulados no Programa *Microsoft Excel* e trabalhados estatisticamente com o uso do *Software SAS versão 9.1.3*, através de análise descritiva e pela regressão logística entre as variáveis, adotando-se um nível de significância de 5%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Maringá sobre o parecer de nº308/2009 e pelo CAE nº0152.0.093.000-09.

Resultados

Entre os 681 partos analisados, a média de idade das mulheres foi de 23.97 anos (13-44+-6.24).

Em cerca de 59.47% (405) das mulheres não foi realizada a episiotomia. Das 276 (40.73%) mulheres submetidas ao procedimento, a episiotomia médio-lateral foi a mais realizada (260 - 94,20%), seguida da episiotomia mediana, com 16 (5.80%) casos.

Tabela 1. Variáveis maternas e relacionadas ao parto e sua distribuição com a ocorrência de episiotomia, Maringá-PR, 2009.

Variáveis		Episiotomia		TOTAL
		Com (n-%)	Sem (n-%)	
Laceração	0	247 (89.49)	178(43.95)	425 (62.40)
	I	17(6.15)	161 (39.75)	178 (26.14)
	II	10 (3.62)	61 (15.01)	71 (10.43)
	III	2 (1.08)	5 (1.23)	7 (1.02)
Idade	Pré Termo Extremo	2 (0.72)	22 (5.43)	24 (3.52)
Gestacional	Pré Termo	51 (18.47)	94 (23.20)	145 (21.29)
	A termo	197 (71.37)	266 (65.67)	463 (62.40)
	Pós Termo	26 (9.42)	23 (5.68)	49 (7.19)
Idade da mãe	Adolescente	103 (37.31)	83 (20.49)	186 (27.31)
	Adulta	157 (56.89)	285 (70.37)	442 (64.90)
	Idosa	16 (5.90)	37 (9.14)	53 (7.78)
Paridade	Primigesta	187 (67.75)	103 (25.43)	290 (42.58)
	Secundigesta	63 (22.83)	139 (34.32)	202 (29.66)
	Multigesta	26 (9.42)	163 (40.25)	189 (27.31)
Uso de ocitocina	Não	142 (51.45)	262 (64.69)	404 (59.32)
	Sim	134 (48.55)	143 (35.31)	277 (40.67)
TOTAL		276 (40.53)	405 (59.47)	681 (100)

Tabela 2. Regressão Logística dos partos ocorridos com episiotomia. Maringá-Pr, 2009.

Covariável		Odds Ratio	IC (95%)	P – valor
Laceração	0			Categoria Referência
	I	0.05	(0.02 ; 0.09)	<0.0001*
	II	0.07	(0.03 ; 0.15)	<0.0001*
	III	0.09	(0.01 ; 0.64)	0.0150*
Idade Gestacional	A termo			Categoria Referência
	Pré-termo Extremo	0.02	(0.00 ; 0.11)	<0.0001*

Paridade	Pré Termo	0.03	(0.19 ; 0.54)	<0.0001*
	Pós Termo	2.26	(1.00 ; 5.09)	0.0487*
	Multigesta			Categoria Referência
	Primigesta	16.1	(89.1 ; 28.4)	<0.0001*
	Secundigesta	2.9	(1.6 ; 5.2)	0.0002*

*Significativo estatisticamente ao nível de 5%.

As mulheres que tiveram parto pós-termo apresentaram 2.26 vezes mais risco de ser submetidas ao procedimento do que as mulheres com idade gestacional a termo e as primigestas 16 vezes mais risco de receber a intervenção da episiotomia do que a multigesta (Tabela 2).

Como a variável ocitocina não foi significativa a 5%, foi realizado um teste de associação/independência, obtendo um valor de $p=0.006$, sendo constatada uma relação de dependência entre o uso de ocitocina e a realização da episiotomia.

Discussão

Observou-se neste estudo uma prevalência de 40.72% de partos realizados com episiotomia, índice bastante superior aos preconizados pela OMS (OMS, 1996) e pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), que aceitam este procedimento em 10 a 15% dos casos.

Pesquisa realizada com 105 hospitais de 14 países da América Latina, entre eles o Brasil, foi encontrada uma prevalência de episiotomia de 92,3%, variando de 69,2% a 96,2% (ALTHABE, BELIZÁN e BERGEL, 2002).

A idade das parturientes estudadas acompanha as taxas gerais de parto normal no município, pois em Maringá, no ano de 2007, 70.13% dos partos vaginais foram realizados em mulheres adultas, seguido de 23.77% em adolescentes e 6.09% em idosas. Se analisados os últimos 10 anos (de 1998 a 2007), 68.89% das mulheres que tiveram parto normal, eram consideradas adultas; 25.42% adolescentes e 5.68%, idosas (BRASIL, 2010).

No Hospital da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro em Minas Gerais, a média de idade das mulheres estudadas foi de 22.6 anos, com desvio padrão 4.2 (SANTOS, 2004), valor próximo aos 23.97 encontrados neste estudo, indicando que as mulheres atendidas no hospital estudado encontravam-se em idade fértil, com parto em idade jovem, período menos predisposto a riscos de agravos e complicações à saúde.

Em Recife, um estudo realizado em um Hospital Universitário com 323 pacientes, 37.8% foram submetidas à episiotomia, com idade mediana de 22 anos, sendo 29.4% adolescentes (MELO JUNIOR, LIMA e FREIRE, 2006).

A maior indicação da episiotomia rotineira é a proteção do períneo no período expulsivo, pois o corte poderia impedir a ruptura das fibras musculares, porém esta indicação é controversa, pois o corte representa uma lesão de segundo grau (ACOG, 2006).

A incisão da episiotomia mais realizada é a episiotomia médio lateral direita (EMLD) ainda que a episiotomia mediana (EM) seja a mais indicada, por apresentar menor sangramento e maior respeito à integridade anatômica do assoalho pélvico (NEME, 2000). Os dados encontrados nesta pesquisa mostram que a grande maioria das episiotomias realizadas foi a EMLD com 97,65% contra 2,25% de episiotomia mediana.

A OMS coloca que a episiotomia mediana é suturada com mais facilidade, deixando menos tecido cicatricial e é mais confortável para a mulher (OMS, 1996).

Em estudo realizado no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em 2000, do total de 122 partos vaginais, em 76.2% foram realizadas episiotomia EMLD. Em 10.6% o períneo manteve-se íntegro, em 9% ocorreram rotura de primeiro grau e em 4.1% roturas de segundo grau, não havendo neste período nenhum caso de rotura de terceiro grau. Destes partos normais, 41.6% eram de primigestas, sendo a episiotomia praticada na maioria deles (95.2%) (OLIVEIRA, 2005).

Neste estudo, nos partos realizados com episiotomia observou-se a não ocorrência de lacerações em 89.49% dos casos em detrimento de 43.95% em mulheres em que o procedimento não foi realizado. Lacerações grau I e II foram superiores entre as não submetidas à episiotomia e lacerações grau III obtiveram uma porcentagem similar entre os dois grupos.

Numa revisão sistemática publicada na Cochrane em 2009, englobando 8 estudos e totalizando 5541 mulheres, autores descrevem traumas perineais menos severos (RR 0.67), menos sutura (RR 0.71) e menos complicações (RR 0.69) em episiotomias restritas. Não foi descrita diferença entre trauma perineal severo, dispareunia, incontinência urinária e dor. Concluíram que a restrição da episiotomia apresenta mais benefícios comparados com políticas de uso rotineiro (CARROLI e MIGNINI, 2009).

Estudo realizado num Hospital Universitário da Colômbia, em 2009, 149 mulheres estudadas, 81 (54.4%) apresentaram lacerações perineais que requereram sutura. Os fatores de risco significativos para a ocorrência de laceração nos partos vaginais sem episiotomia foram a duração da fase ativa do trabalho de parto maior que 420 minutos (RR 1.45); peso do recém-nascido maior que 3.100 gramas (RR 1.43); e a indução do trabalho de parto (RR 1.38). Das lacerações que requereram sutura, 41.9% ocorreram em nulíparas. No total, 97,5% foram classificadas como laceração grau 2, 2.4% grau 3 e não foram registradas lacerações grau 4 (CARROLI e MIGNINI, 2009).

Apesar da ocorrência de índices mais elevados de laceração em mulheres que não foram submetidas à episiotomia (55.99%) em detrimento das que realizaram episiotomia (10.85%), em 98.71% dos casos em que o procedimento cirúrgico não foi realizado, não houve laceração em 43.95% deles e lacerações de primeiro e segundo graus foram verificadas em 54.76% dos casos, sendo consideradas de fácil correção e cicatrização, sem prejuízos mais graves à puérpera (ROBINSON, NORWITZ e COHEN, 2000).

A idade gestacional observada neste estudo acompanha os partos realizados em Maringá. No ano de 2007, os partos a termo totalizaram 88.40% e nos últimos 10 anos, a taxa foi ainda maior, atingindo 90.53% dos partos normais (BRASIL, 2010).

Em relação à idade gestacional, o número elevado de prematuridade (24,8%) é algo preocupante, podendo ser justificado pelo fato deste serviço ser referência para a gestação de alto risco predispondo ao maior índice de prematuridade.

A literatura preconiza a realização de episiotomia em partos prematuros, porém os resultados aqui encontrados foram divergentes, apresentando o índice de prematuros com episiotomia com percentual de 19,2%, enquanto os prematuros sem episiotomia apareceram com 28,6%.

Não há evidências de que a episiotomia previna toco-traumatismos fetais em prematuros. Ao contrário, foi descrita maior associação entre episiotomia e aumento nas taxas de contusões e abrasões cutâneas e não foi demonstrada alteração nas condições de nascimento, como Apgar, acidose fetal ou admissão em unidade de cuidado intensivo neonatal (MACLEOD et al., 2008).

O percentual de episiotomia encontrado nas adolescentes pode ser explicado através da relação idade/paridade, pela imaturidade anatômica (bacia ainda não inteiramente definida e pela maior imaturidade emocional, com maiores dificuldades em lidar com o trabalho de parto) (MELO JUNIOR, LIMA e FREIRE, 2006).

Num hospital universitário de Recife, as adolescentes demonstraram um risco relativamente maior de serem submetidas à episiotomia (2.02), assim como as mulheres grávidas pela primeira vez (RP 3.96) (MELO JUNIOR, LIMA e FREIRE, 2006).

Um critério muito comum em diversos trabalhos (MELO JUNIOR, LIMA e FREIRE, 2006; OLIVEIRA e MIQUILINI, 2005), é a realização de episiotomia em primíparas e nesta pesquisa encontrou-se um dado semelhante tendo um risco de chance de ocorrer episiotomia em

primigesta 16 vezes mais que nas múltiparas tendo uma freqüência de 67,75% de realização de episiotomia. Porém, pode-se verificar neste estudo que mesmo em primigesta o parto sem episiotomia teve um percentual de 25,43%, mostrando sua viabilidade nestes casos.

Em Pernambuco, a primiparidade foi o fator que apresentou maior associação para realização de episiotomia, com um risco aumentado cinco vezes maior (CARVALHO, SOUZA e MORAES FILHO, 2010).

Estudo realizado entre 1995 e 1998 na América Latina (122 hospitais) demonstrou que 9 em cada 10 primíparas que realizaram parto vaginal foram submetidas a episiotomia. No Brasil a taxa atingiu 94,2%, com dados semelhantes tanto em hospitais privados, com em hospitais públicos (ALTHABE, BELIZÁN e BERGEL, 2002).

Com a instrumentalização do parto, aumentou a tendência do uso de ocitócitos durante a fase ativa do processo de dilatação, isoladamente ou associada com outros procedimentos como, por exemplo, a rotura artificial das membranas. Este procedimento não tem demonstrado nenhum benefício adicional, além da redução do período total do trabalho de parto. O uso da ocitocina deve ocorrer somente para corrigir hipossistolia, incoordenação da contratilidade miometrial ou distocia funcional, sendo que a sua utilização sem necessidade implica em dificuldade na deambulação da mulher, possibilidade de efeitos colaterais como a taquissistolia, hipertonia, hiperestimulação uterina, rotura uterina e até sofrimento fetal agudo (BRASIL, 2001).

Verificou-se, neste estudo, que o uso de ocitocina apresentou dependência com a realização de episiotomia, podendo desta forma afirmar que a sua utilização na indução do trabalho de parto pode estar relacionado com prejuízos na distensibilidade perineal assim como na diminuição da sua vascularização. Autores sugerem o seu uso indiscriminado visando abreviar o tempo de trabalho de parto, como a razão para a não associação do seu uso com a ocorrência de episiotomia (CARVALHO, SOUZA e MORAES FILHO, 2010). Este dado sugere a necessidade de desenvolver mais estudos sobre o tema.

Considerações Finais

Foi observada uma prevalência elevada de episiotomia no hospital estudado, assim como o uso da ocitocina para o aceleração do trabalho de parto. As altas taxas de episiotomia podem estar relacionadas ao fato do hospital em estudo ser de ensino, sendo realizada, portanto também com a finalidade de aprendizado.

As primigestas continuam sendo as maiores vítimas da prática da episiotomia, por serem mais jovens ficaram mais vulneráveis a este procedimento pelos dois critérios.

Estudos que auxiliem na determinação da necessidade de sua realização, tipo de episiotomia, vantagens no processo do parto e para a mãe, devem ser realizados, buscando a excelência no acompanhamento das parturientes, através de uma assistência integral, humanizada e fundamentada cientificamente, principalmente por tratar-se de um hospital ensino, cuja responsabilidade, além de prestar assistência a população, engloba o ensino/aprendizado de “novos” profissionais da área da saúde.

Palavras-chave: Episiotomia. Laceração. Parto normal.

Referências

- ACOG. American College of Obstetricians-Gynecologists. Practice Bulletin. Episiotomy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. *Obstet Gynecol.* v. 107, n. 4, p. 957-62, 2006.
- ALTHABE, F.; BELIZÁN, J.; BERGEL, E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *BMJ.* v. 324, n. 7343, p. 945-46, 2002.

- BORGES, B.B.; SERRANO F.; PEREIRA, F. Episiotomia: uso generalizado versus selectivo. Acta Médica Portuguesa. v. 16, p. 447-54, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. 2010. Disponível em: [http:// www.datasus.com.br](http://www.datasus.com.br). Acesso em: 15 mar. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher [Portuguese]. 2006. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pnds/img/relatorio_final_pnds2006.pdf. Acesso em: 10 mar. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF). 2001.
- CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009. In: The Cochrane Library, Issue 1, Art. No. CD000081.pp. 1-56. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.pub2
- CARVALHO, C.C.M.; SOUZA, A.S.R.; MORAES FILHO, O.B. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. FEMINA. v. 38, n. 5, p. 265-270, 2010.
- CUNNINGHAM, F.G. et al. Williams Obstetrics 21 st ed. New York: McGraw-Hill; 2001.p. 325-8.
- FERRER, Rosa Maria Rodríguez. Estudio comparativo de incidência de episiotomia en nulíparas con analgesia epidural. Conducta expectante em IV plano de hodge frente a conducta activa. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Fin de Master. v. 2, n. 1, p.12-32, 2010.
- GRAHAM, I.D. et al. Episiotomy rates around the world: an update. Birth. v. 32, n. 3, p.219-23, 2005.
- MACLEOD, M. et al. A prospective cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery. BJOG. v. 115, n. 13, p.1688-94, 2008.
- MELO JUNIOR, E.F.; LIMA, M.C.; FREIRE, S. Fatores associados à realização seletiva de episiotomia em hospital universitário. Rev. Ciênc. Méd. v. 15, n. 2, p. 95-101, 2006.
- NEME, Bussamara. Obstetrícia Básica. 2. ed., São Paulo: Sarvier, 2000. p.190-213.
- OLIVEIRA,S.M.J.; MIQUILINI, E.C. Frequência e Critérios para indicar a Episiotomia. Rev.Esc. de Enfermagem da USP. v. 39, n. 3, p. 288-295, 2005.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Brasília: OPAS/USAID. 1996. p. 1-93.
- ROBINSON, J.N. et al. Predictors of episiotomy use at first spontaneous vaginal delivery. Obst &Ginecol. v. 96, n. 2, p. 214-218, 2000.
- SANTOS, Jaqueline de Oliveira. **Episiotomia: um sofrimento necessário?** Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, São Paulo, 2004.

Endereço autor:

Tiara Cristina Romeiro

Rua Nossa Senhora da Glória, n. 56 – casa A

Bairro: Jardim São Jorge - 87020-620 Maringá-Paraná – Brazil

e mail: tiarafisio@hotmail.com Phone: 55-44-3354-6964 55-44-8441-8916