

Prevalência de episiotomia e complicações perineais quando da sua realização ou não em uma maternidade de baixo risco do complexo HC/UFPR

Prevalence of episiotomy and perineal complications when executed or not in a low-risk maternity of the HC/UFPR hospital complex

Narcizo Leopoldo Eduardo da Cunha Sobieray¹, Bruna Medeiros de Souza²

Resumo

Objetivo: Estudar a prevalência da episiotomia, associação das complicações perineais maternas quando da sua realização ou não, com características biométricas fetais e características maternas nos partos realizados em uma maternidade de baixo risco. **Métodos:** Estudo retrospectivo, transversal observacional, analítico, descritivo que avaliou 511 puérperas híginas, de risco habitual da Maternidade Victor Ferreira do Amaral, que tiveram partos transpélvicos de 01 de janeiro à 30 de abril de 2018, referentes à realização ou não de episiotomia, lacerações, idade, paridade, peso do recém-nascido, Apgar de 1º e 5º minutos e posições do parto. Foram significativas as variáveis com $p < 0,05$. **Resultados:** A episiotomia foi realizada em 32 (6,26%) das parturientes. No estudo 46 pacientes (9%) eram menores de idade e 298 (58,31%) eram primíparas. Não houve lacerações perineais em 240 partos (46,96%), houve lacerações de 1º grau em 180 partos (35,22%) e lacerações de 2º grau em 91 partos (17,80%). A média do Apgar 1º minuto foi 8 e 5º minuto foi 9. O peso médio ao nascer 3159g. Quanto às posições do parto: 84 (16,43%) foram partos em decúbito dorsal; 218 (42,66%) semi-sentados; 68 (13,30%) banco/

banqueta; 20 (3,91%) quatro apoios; 101 (19,76%) cócoras e 16 (3,13%) decúbito lateral. Correlacionaram-se primiparidade e episiotomia ($p < 0,001$), peso do recém-nascido $> 3000g$ e episiotomia ($p = 0,024$), posição dorsal e episiotomia ($p < 0,001$). Tiveram associação as variáveis primiparidade e lacerações ($p < 0,001$). Correlacionando laceração e posições de parto, houve significância estatística entre laceração e posição dorsal ($p = 0,0409$), posição parto no banco ($p < 0,001$) e posição cócoras ($p < 0,001$). **Conclusões:** A prevalência da episiotomia foi de 6,26%, considerada satisfatória. O peso fetal relacionou-se diretamente com os índices de lacerações perineais e de realizações de episiotomia. A primiparidade apresentou índices significativamente maiores de episiotomia e de lacerações perineais. As lacerações perineais predominaram significativamente nas posições verticais do parto (cócoras e banco). Enquanto episiotomias predominaram na posição de decúbito dorsal do parto.

Descritores: Episiotomia, Lacerações, Períneo/lesões, Paridade, Peso fetal

Abstract

Objective: To study the prevalence of episiotomy, the association of maternal perineal complications when it is carried out or not, with fetal biometric characteristics and maternal characteristics in deliveries performed at a low risk maternity hospital. **Methods:** Retrospective, observational, analytical, descriptive cross-sectional study that evaluated 511 healthy puerperal women at the usual risk of Victor Ferreira do Amaral Maternity, who had vaginal deliveries from January 1 to April 30, 2018, regarding episiotomy, lacerations, age, parity, newborn weight, 1st and 5th minute Apgar, and delivery positions. The variables with $p < 0.05$ were significant. **Results:** Episiotomy was performed in 32 (6.26%) of parturients, 46 (9%) under age, 298 (58.31%) primiparous. There were no perineal lacerations in 240 births (46.96%), 1st degree lacerations in 180 births (35.22%) and 2nd degree lacerations in 91 births (17.80%). The average of the 1st minute Apgar was 8 and the 5th minute was

1. Professor Adjunto do Departamento de Tocoginecologia da Universidade Federal do Paraná. Complexo Hospital de Clínicas. Curitiba – PR - Brasil

2. Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná. Curitiba – PR – Brasil

Trabalho realizado: Universidade Federal do Paraná. Curso de Medicina. Curitiba – PR – Brasil

Endereço para correspondência: Narcizo Leopoldo Eduardo da Cunha Sobieray. Departamento de Tocoginecologia, Complexo Hospital de Clínicas da UFPR. Rua General Carneiro, 181 – Centro – 82590-300 - Curitiba – PR - Brasil. E-mail: narsobieray@gmail.com. Telefone: (41) 99973-2872

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

Número do protocolo de aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-HC: n° 78651417.0.0000.0096

Pesquisa financiada com recursos próprios.

9. The average birth weight 3159g. Regarding the delivery positions: 84 (16.43%) delivery in the supine position; 218 (42.66%) semi-sitting; 68 (13,30%) bench / banquette; 20 (3.91%) four supports; 101 (19.76%) squatting and 16 (3.13%) lateral decubitus. Primiparity and episiotomy ($p < 0.001$), birth weight $> 3000g$ and episiotomy ($p = 0.024$), dorsal position and episiotomy ($p < 0.001$) were correlated. The variables primiparity and lacerations were associated ($p < 0.001$). Correlating laceration and delivery positions, there was statistical significance between laceration and dorsal position ($p = 0.0409$), birthing position in the bench ($p < 0.001$) and squatting position ($p < 0.001$). **Conclusions:** The prevalence of episiotomy was 6.26%, considered satisfactory. The fetal weight was directly related to the rates of perineal lacerations and episiotomy achievements. Primiparity had significantly higher rates of episiotomy and perineal lacerations. The perineal lacerations predominated significantly in the vertical positions of the childbirth (squatting and in the bench). While the episiotomies predominated in the position of dorsal decubitus of the childbirth.

Keywords: Episiotomy, Lacerations, Perineum/injuries, Parity, Fetal weight

Introdução

Episiotomia é a incisão no períneo a fim de ampliar o canal de parto. Sua prática foi introduzida no século XVIII, em 1741, por Ould*, como um meio para prevenir lacerações severas a ser empregado excepcionalmente⁽¹⁻²⁾. No entanto, devido à falta de anestesia e as altas taxas de infecção, popularizou-se no século XX, tendo como principais expoentes, os obstetras De Lee e Pomeroy⁽³⁾, sendo sua prática, difundida em vários países, principalmente nos Estados Unidos e países da América Latina, principalmente o Brasil⁽¹⁾.

Nessa época, em meados de 1915 e 1918, a concepção de que o parto é um processo natural, foi substituída pela de que o parto é um processo patogênico e que requer intervenção médica para prevenção de lesões maternas e fetais⁽¹⁾.

Segundo as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal⁽⁴⁾, a realização de episiotomia de rotina não é recomendada durante o parto vaginal espontâneo⁽⁴⁾. Caso ela seja necessária, deve-se justificar porque realizou e recomenda-se que seja feita a médio-lateral originando na fúrcula vaginal e direcionada para o lado direito, com um ângulo do eixo vertical entre 45 e 60 graus, devendo-se assegurar que a analgesia seja efetiva antes da realização da episiotomia⁽⁴⁾. Revisão sistemática de 2009, publicada pela biblioteca Cochrane⁽⁵⁾, comparou a episiotomia seletiva

com a episiotomia de rotina, a fim de determinar os possíveis benefícios e danos para a mãe e para o bebê e concluiu que a episiotomia seletiva traz maiores benefícios que seu uso rotineiro. A episiotomia seletiva está associada a menos trauma perineal posterior, menos necessidade de sutura e menos complicações, não havendo diferenças na intensidade da dor e no trauma vaginal e perineal grave⁽⁵⁾.

Esta revisão evidenciou que o uso sistemático da episiotomia, levou a redução do risco de traumatismo perineal anterior ou para-uretral⁽⁵⁾. No entanto, nesse tipo de laceração, ocorre menos sangramento, não necessita de sutura e é menos dolorosa que os traumas de períneo posterior⁽²⁾.

É imprescindível que o obstetra e a enfermeira obstétrica saibam identificar os tipos de lacerações, que são classificadas em 1º grau – lesão apenas da pele e mucosas; 2º grau – lesão dos músculos perineais sem atingir o esfíncter anal; 3º grau – lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal, que subdividem-se em 3A, laceração de menos de 50% da espessura do esfíncter anal, 3B, laceração de mais de 50% da espessura do esfíncter anal e 3C, laceração do esfíncter anal interno; 4º grau lesão do períneo envolvendo o complexo do esfíncter anal (esfíncter anal interno e externo) e epitélio anal e a mucosa retal⁽⁴⁾.

Em 2017 a biblioteca Cochrane atualizou a revisão sistemática e concluiu que mulheres que fazem episiotomia seletiva têm menos trauma perineal grave⁽⁶⁾. E não foram encontradas evidências claras de que episiotomias seletivas resultem em danos para a mãe ou ao bebê. E a revisão demonstra também, que não há justificativa para a realização da episiotomia de rotina.⁽⁶⁾

Materiais e métodos

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CAAE: 78651417.0.0000.0096) e pela coordenação do Hospital e Maternidade Victor Ferreira do Amaral.

Foi realizado um estudo retrospectivo, transversal observacional, analítico, descritivo e no qual foram avaliadas 511 puérperas hígdas e de risco habitual da Maternidade Victor Ferreira do Amaral, que tiveram partos transpélvicos, no período de 01 de janeiro de 2018 à 30 de abril de 2018. Os dados sobre realização ou não de episiotomia, lacerações, idade, paridade, peso do recém-nascido, Apgar de 1º e 5º minutos e posições do parto foram coletados do Sistema Informatizado da maternidade AGHU e do livro de registro da neonatologia.

*Amorim MMR, Katz L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Femina*. 2008; 36(1):47-54.⁽¹⁾

*Mattar R, Aquino MMA, Mesquita MRS. A prática da episiotomia no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007; 29(1):1-2.⁽²⁾

Tivemos acesso aos dados de 802 pacientes, no entanto foram excluídas 175 submetidas à cesarianas. E por faltarem informações relativas à idade, paridade, realização ou não de episiotomia e presença ou não de laceração perineal, excluímos outras 116 pacientes. Restando, portanto, 511 pacientes puerperas para o estudo.

Entre os critérios de inclusão estão as puerperas saudáveis, do pré-natal de risco habitual submetidas ao parto transpélvico, ou seja, aquelas cujo pré-natal não era do alto risco.

Entre os critérios de exclusão as operações cesarianas ou quando informações incompletas relativas à idade, paridade, laceração e episiotomia.

Os dados foram transportados para o Microsoft Excel e encaminhados para análise estatística com emprego dos testes Exato de Fisher, Mann-Whitney, Qui-quadrado, Kruskal-Wallis e Análise multivariada via regressão logística binária. Referência do software estatístico R (R Core Team, 2018) versão 3.4.4. Os valores de $p < 0.05$ foram considerados significantes.

Resultados

Foram realizadas episiotomias médio-laterais direita (EMLD) em 32 parturientes, todas EMLD, que corresponde à 6,26% do total de 511 estudadas e no puerpério imediato não apresentaram complicações perineais. Quanto a idade, 46 (9%) das parturientes eram menores de idade (< 18 anos) e 465 (91%) maiores de idade (≥ 18 anos). Quanto à paridade, dividimos as parturientes em primíparas e multíparas e encontramos uma frequência de 298 (58,31%) e 213 (41,68%), respectivamente.

Em relação às lacerações perineais, não houve lacerações em 240 partos (46,96%), lacerações de 1º grau em 180 partos (35,22%) e lacerações de 2º grau em 91 partos (17,80%). Não constavam lacerações de 3º e 4º graus neste período estudado (Tabela 1).

A média do Apgar do 1º minuto foi 8 e a média do Apgar do 5º minuto foi 9. E o peso médio ao nascer foi 3159 gramas.

Em relação às posições do parto⁽¹⁹⁾, 84 (16,43%) tiveram parto em decúbito dorsal (Figura 1); 218 (42,66%) tiveram parto semi-sentado (Figura 2); 68 (13,30%) tiveram o parto em banco/banqueta (Figura 3); 20 (3,91%) em quatro apoios (Figura 4); 101 (19,76%) de cócoras (Figura 5) e 16 (3,13%) em decúbito lateral (Figura 6) (Tabela 2).

Figura 6

Tabela 2

A incidência de episiotomia em menores de idade foi 2,17% e em maiores de idade foi de 6,66%, não

Tabela 1

Frequências absoluta e relativa de episiotomia, idade, paridade e laceração

		Freq. absoluta	Freq. relativa
Episiotomia	Não	479	0,9373
	Sim	32	0,0626
Idade	< 18 anos	46	0,09
	> 18 anos	465	0,9099
Paridade	Primíparas	298	0,5831
	Multíparas	213	0,4168
Laceração	Ausente	240	0,4696
	1º grau	180	0,3522
	2º grau	91	0,178
	3º grau	0	0
	4º grau	0	0

Fonte: Os autores (2019)

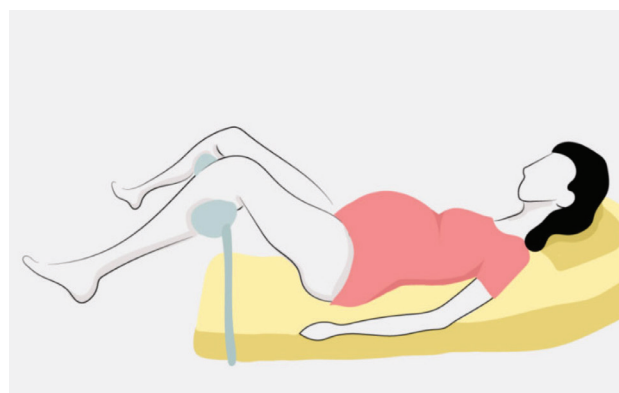


Figura 1 - Parto dorsal. Fonte: Pinheiro, 2018⁽¹⁹⁾



Figura 2 - Parto semi-sentado. Fonte: Pinheiro, 2018⁽¹⁹⁾

demonstrando associação entre episiotomia e idade ($p=0,344$) (Tabela 3). Não houve complicações perineais no puerpério imediato de ambos os grupos.

Tabela 3

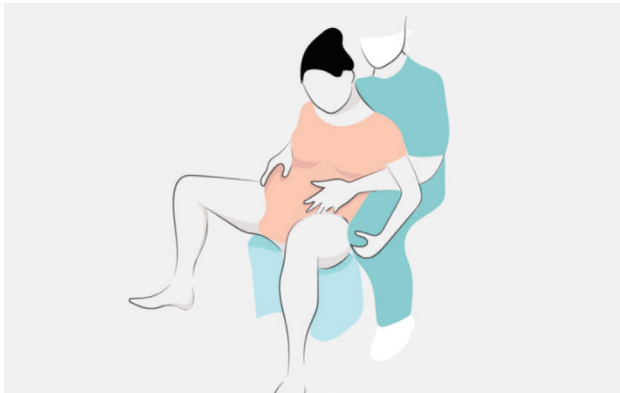


Figura 3 - Parto em banco/banqueta. Fonte: Pinheiro, 2018⁽¹⁹⁾

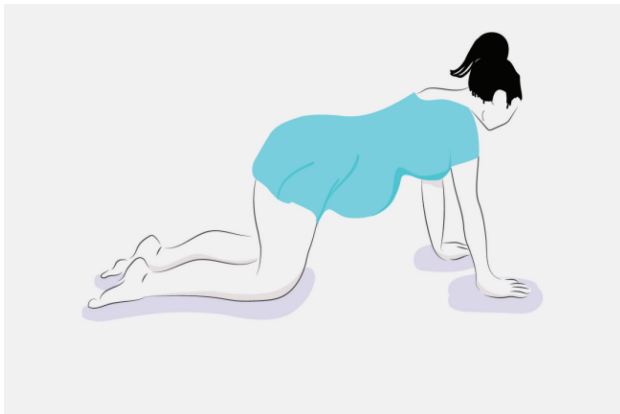


Figura 4 - Parto em quatro apoios. Fonte: Pinheiro, 2018⁽¹⁹⁾



Figura 5 - Parto de cócoras. Fonte: Pinheiro, 2018⁽¹⁹⁾

A incidência de episiotomia em primíparas foi 9,39% e em multíparas foi 1,87%, demonstrando associação entre primiparidade e episiotomia ($p < 0,001$). Não houve complicações perineais em ambos os grupos no puerpério imediato (Tabela 3).

Não houve diferenças significantes no Apgar de 1º e 5º minutos quando da realização e da não realização da episiotomia ($p = 0,5042$ e $p = 0,976$, respectivamente).

Com relação ao peso, a probabilidade de realização de episiotomia aumentou acentuadamente a partir de 3000 gramas ($p = 0,024$).

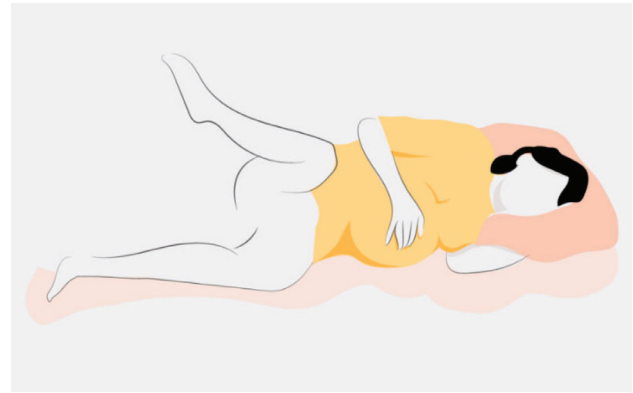


Figura 6 - Parto em decúbito lateral. Fonte: Pinheiro, 2018⁽¹⁹⁾

Tabela 2

Frequências absoluta e relativa das posições de parto

Posições de parto	Freq. absoluta	Freq. relativa
Dorsal	84	0,1643
Semi-sentado	218	0,4266
Banco/banqueta	68	0,133
Quatro apoios	20	0,0391
Cócoras	101	0,1976
Decúbito lateral	16	0,0313

Fonte: Os autores (2019)

Tabela 3

Realização de episiotomia em relação à idade, paridade e posições de parto

Realização de episiotomia	Realização de episiotomia		
	Sim	Não	p
< 18 anos	1	45	0,344
≥ 18 anos	31	434	
Primiparidade	28	270	< 0,001
Multiparidade	4	209	
Parto Dorsal	16	68	< 0,001
Parto Semi-sentado	12	206	0,5845
Parto em Banco/banqueta	0	68	0,01407
Parto em Quatro apoios	1	19	1,00
Parto de Cócoras	1	100	0,01058
Parto em Decúbito lateral	0	16	0,6141

Fonte: Os autores (2019)

Com relação à posição, não houve diferença significativa entre a realização da episiotomia e a posição semi-sentado ($p = 0,58$). Nas posições quatro apoios e cócoras foi realizada apenas uma vez em cada, representando 5% e 1%, respectivamente. E nas posições de banco e lateral não houve realização da episiotomia.

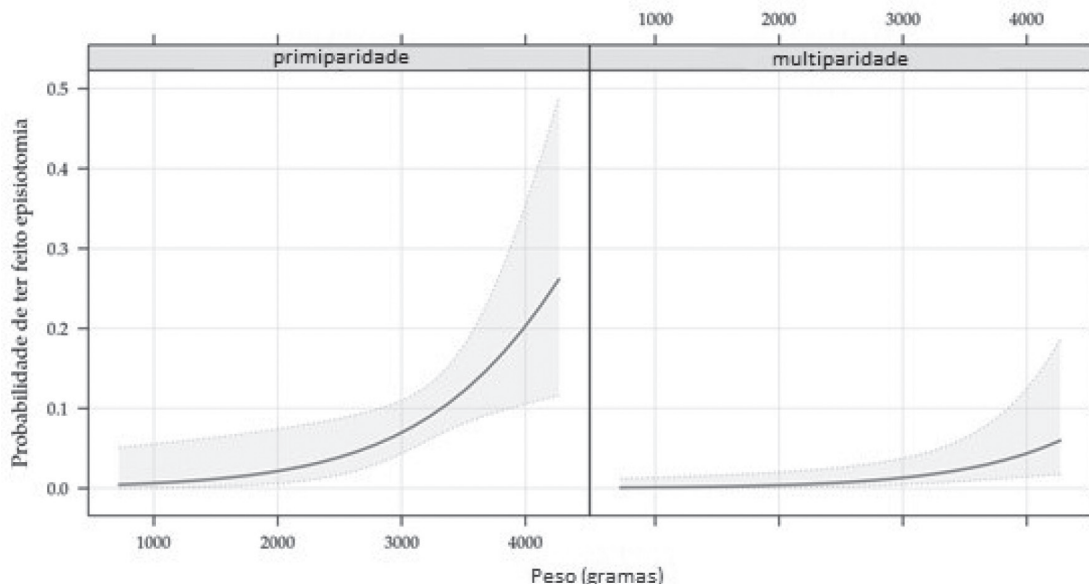


Gráfico 1 - Associação entre episiotomia (EMLD), peso (em gramas) ao nascer e paridade. Fonte: Os autores (2019)

A associação com a posição dorsal foi significativa ($p < 0,001$) (Tabela 3). Pelo gráfico 1, tem-se a associação entre episiotomia, peso ao nascer e paridade.

Com relação às lacerações nas parturientes menores de idade, em 41% não houve lacerações e em 59% houve lacerações ($p = 0,4199$). (Tabela 4)

Tabela 4

Lacerações perineais em relação à idade, paridade e posições de parto

	Lacerações perineais		p
	Sim	Não	
< 18 anos	27	19	0,4199
≥ 18 anos	244	221	
Primiparidade	182	116	0,001
Multiparidade	89	124	
Parto Dorsal	36	48	0,0409
Parto Semi-sentado	104	114	0,03742
Parto em Banco/banqueta	49	19	< 0,001
Parto em Quatro apoios	12	8	0,5242
Parto de Cócoras	69	32	< 0,001
Parto em Decúbito lateral	7	9	0,46

Fonte: Os autores (2019)

Com relação às lacerações e paridade, dentre as primíparas, 39% não tiveram lacerações e 61% tiveram lacerações e dentre as múltiparas, 58% não tiveram lacerações, 42% tiveram lacerações, portanto a associação foi significativa e inversamente proporcional ($p < 0,001$). (Tabela 4) Não houve associação entre Apgar de 1º minuto ($p = 0,3401$) e Apgar de 5º minuto

($p = 0,3293$) e o peso do recém-nascido. Não houve associação entre Apgar e peso ($p = 0,6707$).

Relacionando laceração e as posições de parto, na posição dorsal, 57% não tiveram lacerações e 43% tiveram lacerações ($p = 0,0409$). (Tabela 4) Não houve lacerações em 52,3% das parturientes na posição semi-sentado, houve lacerações em 47,7% ($p = 0,03742$). Em relação àquelas que tiveram seu parto no banco (68 parturientes), 28% não tiveram lacerações, 72% tiveram lacerações, este resultado é estatisticamente significativo ($p < 0,001$). Relacionando aquelas que tiveram seu parto na posição quatro apoios (20 parturientes), 40% não tiveram lacerações, 60% tiveram lacerações ($p = 0,5242$). Relacionando laceração e a posição cócoras (101 parturientes), 31,6% não tiveram lacerações e 68,4% tiveram lacerações, este resultado é estatisticamente significativo ($p < 0,001$). Relacionando laceração e a posição lateral (16 parturientes), 56% não tiveram lacerações e 44% tiveram lacerações ($p = 0,46$). (Tabela 4)

Discussão

Os resultados do presente estudo sugerem que dentre os fatores estudados, aqueles que estão associados à realização de episiotomia (EMLD) em parturientes são primiparidade (eram nulíparas no momento da realização), peso do recém-nascido e posição dorsal do parto.

A prevalência de episiotomia (todas EMLD) foi 6,26% do total de 511 parturientes, considerada satisfatória quando comparamos com resultados da literatura⁽⁷⁻⁹⁾. Estudo que avaliou o uso das boas práticas e de intervenções obstétricas na assistência ao trabalho de parto e parto de mulheres de risco obstétrico habitual

em 23.894 mulheres no Brasil⁽⁹⁾ constatou que a episiotomia foi utilizada em 56% das mulheres, sendo que na região Norte, foi realizada em 48,6% das mulheres, na Nordeste, em 52,5%, na Sudeste, em 56,7%, na Sul, 62,9% e na Centro-Oeste, em 69,2%. No entanto, até o presente momento não há evidências que corroborem a necessidade de qualquer episiotomia nos cuidados de rotina, e uma taxa aceitável de episiotomia é difícil de determinar, não sendo recomendada a sua realização de rotina⁽¹⁰⁾.

Não houve, no nosso estudo, associação entre a realização de episiotomia e a idade da parturiente. Os nossos resultados apontaram a realização de episiotomia em 9,39% das primíparas e de 1,87% em múltíparas, sendo considerado estatisticamente significativo ($p < 0,001$), e indicando uma probabilidade 5 vezes maior de realização de episiotomia em primíparas da nossa amostra estudada, portanto é estatisticamente significativa esta diferença, estando em concordância a outros estudos^(7-8,11-12). Estudo caso controle⁽¹¹⁾ que avaliou os fatores de risco para a realização de episiotomia, encontrou que houve uma probabilidade 4 vezes maior de realização de episiotomia em primíparas e corte transversal⁽¹²⁾, apontou que aproximadamente $\frac{3}{4}$ das parturientes primíparas foram submetidas à episiotomia, com risco aumentado cerca de 5 vezes maior em relação às parturientes múltíparas. Acredita-se que o períneo das gestantes primíparas apresente musculatura mais tensa que em múltíparas, o que poderia levar ao aumento do período de delivramento do pólo cefálico, induzindo, então, o obstetra à realização da episiotomia⁽¹²⁾. Além disso, poderia haver maiores expectativas em relação à proteção do períneo em grávidas primíparas, por parte de médicos e parteiras⁽¹²⁾.

Com relação ao peso do recém-nascido, a probabilidade de realização de episiotomia aumentou acentuadamente a partir de 3000 gramas ($p = 0,024$). Estudo de Riesco et al, 2011⁽¹³⁾ mostrou-se significativo quando peso maior que 3300 gramas. E estudo de Ballesteros-Meseguer et al, 2016⁽⁷⁾, apontou que peso do neonato menor que 2500 gramas estão associado a uma menor incidência de episiotomia.

A realização da episiotomia não melhorou as taxas de bem-estar ao nascer, pois não houve diferenças significantes no Apgar de 1º e 5º minutos quando da realização e da não realização da episiotomia, estando de acordo com a revisão de literatura de Santos e Santos, 2016⁽¹⁴⁾, que não associou vitalidade do recém-nascido (o índice de Apgar) e a episiotomia.

Por meio de dois estudos que analisaram a episiotomia na percepção de mulheres puérperas⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, pode-se concluir que as mulheres não são informadas e orientadas a respeito da episiotomia e o procedimento não é questionado devido à confiança que depositam

no médico e a decisão sobre realizar a episiotomia é médica. Isso leva ao entendimento errôneo sobre esta prática e a limitação do direito de escolha da mulher, o que sugere a necessidade de ampliação do conhecimento e do resgate da autonomia da mulher no processo de parto e nascimento⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. A mulher deve ser esclarecida quanto a necessidade da provável realização da episiotomia a depender do peso do recém-nascido (gráfico 1), como observado no estudo. “Com relação ao peso do recém-nascido, a probabilidade de realização de episiotomia aumentou acentuadamente a partir de 3000 gramas ($p = 0,024$). Estudo de Riesco et al, 2011⁽¹³⁾ mostrou-se significativa a realização da episiotomia quando peso do RN foi maior que 3300 gramas”.

Em relação à laceração perineal, observamos que 271 (53,04%) puérperas tiveram lacerações de 1º e 2º graus. Estes resultados são considerados altos pelo fato de não terem realizado episiotomia. Observamos também que continham apenas lacerações perineais de 1º e 2º graus, não contendo a existência de lacerações de 3º e 4º graus. Isso pode ter ocorrido devido à tendência, muitas vezes não intencional, que o profissional tem de subestimar o grau de laceração perineal⁽¹⁷⁾, ou por possível dificuldade de diferenciação entre lacerações perineais de 2º e 3º graus. No entanto, se houver alguma dúvida relativa ao grau de classificação de uma laceração de terceiro grau, recomenda-se classificá-la em um grau maior e não em um grau menor⁽¹⁸⁾. O não diagnóstico de lacerações de 4º grau, demonstra a necessidade de realização de uma avaliação sistemática do trauma genital, sempre fazendo uma avaliação visual de toda a extensão do trauma, incluindo as estruturas envolvidas, o ápice da lesão e o sangramento. E tendo-se suspeita de qualquer lesão da musculatura perianal, deve-se realizar exame de toque retal para verificar se ocorreu algum dano ao esfíncter anal externo, interno ou mucosa retal⁽⁴⁾. Aproximadamente 70% das pacientes na posição cócoras e 72% daquelas que optaram pelo banco tiveram lacerações de 1º e 2º graus, especialmente porque a grande maioria não realizou episiotomia. E as outras que realizaram o parto em outras posições que não a de cócoras, praticamente a metade apresentaram lacerações. E evidências apontam que durante o segundo estágio de trabalho de parto as posições de parto verticais podem reduzir a realização da episiotomia, porém, estão associadas mais frequentemente com lacerações de 2º grau e hemorragia pós-parto^(4,10).

Partos em posição dorsal tiveram maior associação com episiotomia ($p < 0,001$), coincidindo com estudos de outros autores⁽⁷⁾ tornando esta posição desaconselhável ou não recomendada⁽¹⁰⁾. É importante frisarmos que apesar de algumas posições de partos favorecerem mais a realização de episiotomia ou de lacerações, é

necessário encorajar que a mulher adote uma posição de parto de sua escolha, na qual se sinta mais confortável, ou a mais satisfatória possível^(4,10).

Conclusão

A prevalência da episiotomia na nossa maternidade de baixo risco (6,26%) foi extremamente baixa em relação à literatura mundial e considerada satisfatória (todas EMLD) e não apresentaram complicações perineais. Observou-se que existe uma relação direta entre a frequência da realização das episiotomias e do peso fetal. Da mesma forma, observou-se também esta relação direta do peso fetal com a ocorrência das lacerações perineais. Tanto a prevalência das episiotomias, quanto a ocorrência de lacerações perineais foram significativamente maiores nas primíparas quando comparadas as múltíparas. Não houve diferença significativa na realização das episiotomias e na presença de lacerações perineais em relação à idade materna. Houve maior incidência de lacerações perineais nas posições verticais do parto (cócoras e do banco) e a maior incidência de episiotomias ocorreu significativamente na posição dorsal do parto. Não houve diferença estatisticamente significativa no índice de Apgar dos recém-nascidos quanto à realização ou não de episiotomia.

Referências

1. Amorim MMR, Katz L. O papel da episiotomia na obstetria moderna. *Femina*. 2008; 36(1):47-54.
2. Mattar R, Aquino MMA, Mesquita MRS. A prática da episiotomia no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007; 29(1):1-2.
3. Frankman EA, Wang L, Bunker CH, Lowder JL. Episiotomy in the United States: has anything changed? *Am J Obstet Gynecol*. 2009; 200(5):573e1-7.
4. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 51p. [citado 2019 Abr 14]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf
5. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; (1):CD000081.
6. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; (2):CD000081.
7. Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. *Rev Latinoam Enferm*. 2016; 24: e2793.
8. Salge AKM, Lôbo SF, Siqueira KM, Silva RCR, Guimarães JV. Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados. *Rev Electronica Enferm*. [Internet]. 2012 [citado 2019 Abr 16]; 14(4):779-85. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a05.htm>.
9. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Cad Saúde Pública*. [Internet]. 2014[cited 2019 Apr 16]; 30(Suppl 1):S17-S32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300005&lng=en.
10. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
11. Braga GC, Clementino STP, Luz PFN, Scavuzzi A, Noronha Neto C, Amorim MMR. Risk factors for episiotomy: a case-control study. *Rev Assoc Med Bras*. 2014; 60(5):465-72.
12. Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes Filho OB. Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. [Internet]. 2010 [citado 2019 Abr 16]; 56(3):333-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000300020&lng=en.
13. Riesco MLG, Costa ASC, Almeida SFS, Basile ALO, Oliveira SMJV. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. *Rev Enferm UERJ*. 2011; 19(1):77-83.
14. Santos RCS, Santos RG. Fatores relacionados com a prática da episiotomia no Brasil: revisão de literatura. *Est Cient UNIFAP*. 2016;6(2):43-52.
15. Dengo VAR, Silva RS, Souza SRRK, Aldrighi JD, Wall ML, Canceleda FZV. A episiotomia na percepção de puérperas. *Cogitare Enferm*. 2016; 21(3):1-8.
16. Bolsoni AC, Coelho, JBA. Episiotomia no puerpério: percepção das mulheres. *EspaçSaúde (Online)*. [Internet]. 2016 [citado 2019 Abr 16]; 17(2):199-205.
17. Colacioppo PM, Riesco MLG, Colacioppo RC, Osava RH. Avaliação do viés de classificação da laceração perineal no parto normal. *Acta Paul Enferm*. 2011; 24(1):61-6.
18. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The management of third and fourth-degree perineal tears. [Internet]. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2015. (RCOG Green-top Guideline No. 29). [cited 2019 Apr 16]. Available from: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-29.pdf>
19. Pinheiro C. Parto normal: as posições que facilitam o nascimento do bebê. [Internet]. 28 mar 2018. [citado 2019 Jul 3]. Disponível em: <https://bebe.abril.com.br/parto-e-pos-parto/parto-normal-posicoes-facilitam-nascimento-bebe/>

Trabalho recebido: 11/04/2019

Trabalho aprovado: 16/07/2019

Trabalho publicado: 17/07/2019