

Prática da episiotomia: fatores maternos e neonatais relacionados

Practice of episiotomy: maternal and neonatal related factors

Luana Carolina Back Pelissari¹ , Adriana Zilly¹ , Helder Ferreira¹ , Fabiana Aparecida Spohr² ,
Gabriela Dominicci de Melo Casacio¹ , Rosane Meire Munhak da Silva¹ 

RESUMO

Objetivo: analisar a incidência da episiotomia e os fatores maternos e neonatais relacionados. **Método:** estudo transversal, retrospectivo, que analisou 11.809 prontuários de mulheres que evoluíram ao parto vaginal. Realizou-se o teste qui-quadrado para identificar os fatores relacionados ($p < 0,05$). **Resultados:** a incidência da episiotomia foi 59,4%. Entre as mulheres que não sofreram episiotomia, 27,0% permaneceram com períneo íntegro e 13,5% tiveram laceração espontânea. Fatores maternos relacionados foram idade inferior a 19 anos, acompanhamento pré-natal adequado, primiparidade, dinâmica uterina presente, dilatação cervical entre 1 e 3cm, bolsa amniótica rota e trabalho de parto prolongado. Os fatores neonatais foram bebês a termo, peso ao nascer ≥ 2500 g, Apgar ≥ 7 , apresentação cefálica, intercorrências com o bebê e encaminhamento ao alojamento conjunto. **Conclusão:** a prática da episiotomia foi elevada, a qual deve ser desencorajada, com respeito a fisiologia do nascimento e a individualidade das mulheres, para o fortalecimento dos cuidados maternos.

Descritores: Episiotomia; Fatores Epidemiológicos; Trabalho de Parto; Enfermagem Obstétrica.

ABSTRACT

Objective: to analyze the incidence of episiotomy and maternal and neonatal related factors. **Method:** cross-sectional, retrospective study in which 11,809 medical records of women who underwent vaginal delivery were analyzed. The chi-square test was performed to identify related factors ($p < 0.05$). **Results:** the incidence of episiotomy was 59.4%. Among women who did not undergo episiotomy, 27.0% had intact perineum and 13.5% had spontaneous laceration. Maternal related factors were age less than 19 years, appropriate antenatal care, primiparity, presence of uterine dynamics, cervical dilation between 1 and 3 cm, ruptured amniotic sac, and prolonged labor. Neonatal factors were full-term babies, birth weight $\geq 2,500$ g, Apgar ≥ 7 , cephalic presentation, complications with the baby and referral to rooming-in. **Conclusion:** the practice of episiotomy was high and should be discouraged. Respect for the physiology of birth and the individuality of women is necessary to strengthen maternal care.

Descriptors: Episiotomy; Epidemiologic Factors; Labor, Obstetric; Obstetric Nursing.

¹ Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Cascavel, Paraná, Brasil. E-mails: luanapelissari2013@gmail.com, aazilly@hotmail.com, heelfer@gmail.com, gabrieladominicci@gmail.com, zanem2010@hotmail.com.

² Hospital Ministro Costa Cavalcanti (HMCC). Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. E-mail: spohrenf@hotmail.com.

Como citar este artigo: Pelissari LCB, Zilly A, Ferreira H, Spohr FA, Casacio GDM, Silva RMM. Prática da episiotomia: fatores maternos e neonatais relacionados. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2022 [cited _____];24:66517. Available from: <https://doi.org/10.5216/ree.v24.66517>.

Recebido em: 04/11/2020. Aceito em: 26/11/2021. Publicado em: 18/01/2022.

INTRODUÇÃO

A parturição passou por transformações ao longo dos anos com o avanço no controle de infecções e o advento da analgesia⁽¹⁾. Essas ações legitimaram o emprego de novas intervenções no parto, fazendo com que deixasse de acontecer em um ambiente domiciliar, passando a ser realizado no hospital, o que culminou no processo de medicalização do nascimento⁽¹⁾.

O modelo atual de atenção ao parto no Brasil é caracterizado pelo alto número de intervenções, como episiotomia, uso de fórceps, manobra de kristeller, entre outros, refletindo em maior número de cesáreas e de morbimortalidade materna e perinatal⁽²⁾.

Em meados da década de 1920, a episiotomia foi empregada extensivamente como medida profilática, juntamente com o uso do fórceps⁽³⁻⁴⁾ e, desde então, é um dos procedimentos cirúrgicos mais realizados em alguns países⁽⁵⁻⁶⁾. É caracterizada por uma incisão cirúrgica na região da vulva, com o objetivo de ampliar o canal do parto e facilitar a expulsão do feto⁽⁷⁾. No entanto, essa prática tem sido frequentemente questionada e há evidências consistentes de que seu uso deve ser desencorajado⁽⁸⁾, uma vez que aumenta a chance de lacerações de 3º e 4º graus nos próximos partos⁽⁹⁾.

Os altos índices mundiais de episiotomia contrariam as diretrizes preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁽⁹⁾. Embora o procedimento não seja recomendado, a prática da episiotomia ainda é observada no Brasil em mais de 50% das mulheres e em quase 75% das primíparas⁽⁸⁾. As justificativas utilizadas para a realização desse procedimento vão desde a prevenção de trauma perineal severo, ruptura do esfíncter anal, prolapso genital e até em casos de macrosomia fetal, distócia de ombro e bradicardia fetal⁽⁹⁾.

De acordo com a literatura, as lesões perineais impactam diretamente na qualidade de vida das mulheres^(3,7,10). Os efeitos nocivos da episiotomia estão relacionados à maior incidência de lacerações perineais graves, hemorragia, edema, infecção, hematoma, fistulas retovaginais, mionecrose, intoxicação neonatal com lidocaína, reações de hipersensibilidade ao anestésico, endometriose na cicatriz, necessidade de correção cirúrgica por problemas de cicatrização irregular ou excessiva, dor após o parto, rejeição materna ao neonato devido à dor e, muitas vezes, comprometer a vida sexual dessas mulheres⁽¹¹⁻¹²⁾.

Embora no Brasil a episiotomia tenha diminuído nos últimos anos, atingindo o valor de 54%, a incidência ainda permanece alta, se comparado aos valores encontrados em países desenvolvidos, como Estados Unidos (24,5%), França (13,3%) e Holanda (10,8%)⁽¹³⁾. Conforme outro estudo nacional, a proporção de episiotomia foi de 27,7% em hospitais públicos e 39,4% em hospitais privados⁽¹⁴⁾, o que demonstra que independente da população avaliada, os índices estão altos no país.

Na tentativa de incentivar o parto normal e de reduzir o número de intervenções desnecessárias durante o parto, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil, juntamente com a OMS, passaram a recomendar, desde 1988, a inserção da enfermagem obstétrica na assistência ao parto, visto que este profissional possui uma prática menos intervencionista, mais humanizada e capaz de intervir de forma precoce e eficaz em intercorrências durante o trabalho de parto^(2,15). Além disso, foi instituído pelo MS em 2000, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) que busca qualificar a atenção pré-natal, de acordo com seu acesso e cobertura, além de aprimorar a atenção aos processos parturitivo e puerperal⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Em busca de qualificar e humanizar a atenção ao parto e reduzir as intervenções desnecessárias, aponta-se para a necessidade de realizar estudos que possam trazer dados significativos para a implementação de ações que levem ao conforto da mulher no momento do nascimento do filho. Diante disso, o objetivo deste estudo foi analisar a incidência da episiotomia e os fatores maternos e neonatais relacionados.

MÉTODOS

Estudo transversal, documental, com coleta retrospectiva de dados e abordagem quantitativa. Os dados foram coletados por meio de prontuários eletrônicos e livros de registro, entre 2017 e 2018, em um hospital público de Foz do Iguaçu-PR, região sul do Brasil. O hospital é referência para saúde materno-infantil de alto risco para nove municípios que compõem a nona Regional de Saúde do estado do Paraná. E ainda, presta atendimento à população turística, frequente no município, e às mulheres brasileiras que residem no Paraguai (denominadas brasiguaias) e estrangeiras que buscam os serviços de saúde brasileiro.

Foram incluídos neste estudo todos os prontuários de mulheres submetidas ao parto vaginal, ocorridos em ambiente hospitalar, independentemente da idade gestacional, no período de 2012 a 2016. Foram excluídos os prontuários de mulheres submetidas ao parto vaginal cujos campos referentes à episiotomia e/ou à laceração não estavam devidamente preenchidos.

A coleta de dados foi realizada por uma enfermeira com experiência profissional em obstetrícia e uma acadêmica do curso de enfermagem de uma instituição pública de ensino, as quais foram treinadas previamente por uma docente, enfermeira, com expertise na área da enfermagem obstétrica. Os testes foram considerados piloto, logo, não foram incluídos no estudo e serviram como base para correção de eventual viés.

Utilizou-se um instrumento estruturado, contendo as seguintes variáveis para explorar os fatores epidemiológicos relacionados a episiotomia: a) dados maternos e obstétricos:

idade materna (<19, 19 a 34, >34 anos), gestações (nuliparidade; uma; duas ou mais), consultas pré-natal (0 a 3; 4 a 6; ≥ 7), dilatação cervical (sem dilatação; 1 a 3cm; 4 a 9cm; expulsivo), dinâmica uterina (presente; ausente), bolsa amniótica (íntegra; rota), apresentação fetal (cefálica; pélvica), intercorrências gestacionais e no parto (sim; não), tempo trabalho-parto (<1; 1 a 7:59; 8 a 24; >24 horas), b) dados do recém-nascido: escore de Apgar de 1º e 5º minuto (<7; ≥ 7), idade gestacional (prematureo; termo; pós-termo), peso ao nascer (≤ 2500 g; >2500g), intercorrências (sim; não), destino do recém-nascido (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN; Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais – UCIN; alojamento conjunto; óbito). As variáveis dependentes se referiram às condições perineais (laceração espontânea, períneo íntegro e episiotomia).

Para a análise dos dados, foi utilizado o teste Qui-quadrado, o valor de p considerado estatisticamente significativo <0,05. A análise dos dados foi realizada por meio do programa SPSS 23.0. Foram incluídos na análise todos os prontuários de parto normal no período considerado, portanto, não foi realizado cálculo de sensibilidade entre perdas e amostra final, pois houve cálculo amostral.

O projeto foi desenvolvido após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, parecer nº 2.009.310, CAAE 39317914.6.0000.0107, atendendo as normas da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que envolve pesquisa com seres humanos.

RESULTADOS

No período entre 2012 a 2016, ocorreram 20.265 nascimentos, no entanto, para atender aos critérios de inclusão adotados para o estudo, foram analisados 11.809 nascimentos. Destes, 55,9% foram partos vaginais, sendo que 13,6% apresentaram laceração espontânea, o períneo permaneceu íntegro para 27,0% e ocorreu a realização de episiotomia para 59,4% das mulheres.

De acordo com as variáveis maternas, a realização da episiotomia foi estatisticamente significativa para mulheres com idade inferior a 19 anos (72,8%), número de consultas de pré-natal superior a sete (62,8%), primeira gestação (73,7%) e ausência de intercorrências gestacionais (60,0%), conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1. Variáveis maternas distribuídas de acordo com as condições perineais. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018.

Variáveis	Laceração espontânea (n=1598)	Períneo íntegro (n=3192)	Episiotomia (n=7019)	Valor-p*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Idade materna				
< 19 anos	231 (8,1)	548 (19,1)	2086 (72,8)	0,001
19 a 34 anos	1153 (14,6)	2201 (27,9)	4525 (57,4)	
> 34 anos	209 (20,0)	439 (41,9)	399 (38,1)	
Não informado	5 (27,8)	4 (22,2)	9 (50,0)	
Consultas de pré-natal				
0 a 3	192 (13,6)	532 (37,8)	683 (48,5)	0,001
4 a 6	482 (14,3)	946 (28,1)	1942 (57,6)	
≥ 7	891 (13,3)	1607 (23,9)	4221 (62,8)	
Não informado	33 (10,5)	107 (34,2)	173 (55,3)	
Gestações				
Nuliparidade	440 (7,5)	1096 (18,8)	4305 (73,7)	0,001
Um	529 (17,7)	726 (24,3)	1727 (57,9)	
Dois ou mais	628 (21,1)	1362 (45,9)	980 (33,0)	
Não informado	1 (6,3)	8 (50,0)	7 (43,8)	
Intercorrências				
Sim	55 (14,2)	161 (41,7)	170 (44,0)	0,001
Não	1543 (13,5)	3031 (26,5)	6849 (60,0)	

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: * teste de Associação Qui-Quadrado.

Para mulheres com idade superior a 34 anos (41,9%) e múltiparas (45,9%), os partos vaginais evoluíram com o períneo íntegro.

Com relação aos dados observados no momento da admissão (Tabela 2), a episiotomia foi mais prevalente em mulheres admitidas com dilatação cervical entre 1 e 3cm (65,5%), dinâmica uterina presente (60,7%), bolsa amniótica rota (60,7%), trabalho de parto prolongado (de oito a 24 horas) (66,1%), resultados com significância estatística ($p < 0,001$). Por outro lado, mulheres admitidas em período expulsivo evoluíram em maior parte com o períneo íntegro (41,3%).

Quanto às variáveis neonatais, a prática da episiotomia foi maior em partos de recém-nascidos à termo (60,8%), com peso ao nascer superior a 2500g (60,6%) e recém-nascidos com escores de Apgar superior a sete no primeiro minuto (59,9%) e quinto minuto (60,2%), conforme descrito na Tabela 3 ($p < 0,001$). Todavia, observou-se integridade perineal em mulheres com recém-nascidos prematuros (46,6%), com

peso ao igual ou inferior a 2500g (46,6%) e escores de Apgar no quinto minuto inferior a sete (71,1%).

No que diz respeito à apresentação fetal, Tabela 4, houve maior incidência de episiotomia em partos com bebês em apresentação cefálica (59,6%), e para partos com bebês em apresentação pélvica predominou-se períneo íntegro (46,1%).

Foram observados resultados estatisticamente significantes para a episiotomia em partos com intercorrências com o bebê (85,8%) e em partos cujo destino do recém-nascido foi o alojamento conjunto (60,4%) e a UCIN (51,1%). Para a maioria das mães de recém-nascidos que foram encaminhados à UTIN (46,1%) e também dos que evoluíram a óbito (75,4%) o períneo permaneceu íntegro.

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou altos índices de episiotomia, superior à incidência nacional de 54%⁽¹³⁾, com maior prevalência em mulheres com idade inferior a 19 anos e

Tabela 2. Variáveis obstétricas distribuídas de acordo com as condições perineais na admissão. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018.

Variáveis	Laceração espontânea (n=1598)	Períneo íntegro (n=3192)	Episiotomia (n=7019)	Valor-p*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Dilatação cervical				
sem dilatação	198 (12,7)	568 (36,4)	795 (50,9)	0,001
1 a 3 cm	526 (12,1)	970 (22,4)	2835 (65,5)	
4 a 9 cm	826 (14,6)	1538 (27,1)	3302 (58,3)	
Expulsivo	35 (23,3)	62 (41,3)	53 (35,3)	
Não informado	13 (8,7)	54 (36,0)	34 (22,7)	
Dinâmica uterina				
Presente	1397 (13,6)	2647 (25,7)	6244 (60,7)	0,001
Ausente	180 (13,1)	480 (34,9)	717 (52,1)	
Não informado	21 (14,6)	65 (45,1)	58 (40,3)	
Bolsa amniótica				
Íntegra	1341 (13,8)	2622 (26,9)	5774 (59,3)	0,001
Rota	250 (12,4)	542 (26,9)	1225 (60,7)	
Não informado	7 (12,7)	28 (50,9)	20 (36,4)	
Tempo trabalho-parto				
< 1 horas	140 (14,9)	343 (36,6)	454 (48,5)	0,001
1 a 7:59 horas	1004 (14,5)	1929 (27,9)	3991 (57,6)	
8 a 24 horas	403 (11,1)	825 (22,8)	2392 (66,1)	
> 24 horas	35 (13,9)	66 (26,2)	151 (59,9)	
Não informado	16 (21,1)	29 (38,2)	31 (40,8)	

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: * teste de Associação Qui-Quadrado.

Tabela 3. Variáveis neonatais distribuídas de acordo com as condições perineais. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018.

Variáveis	Laceração espontânea (n=1598)	Períneo íntegro (n=3192)	Episiotomia (n=7019)	Valor-p*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Idade gestacional				
Prematuro	82 (10,5)	364 (46,6)	335 (42,9)	0,001
Termo	1482 (13,7)	2770 (25,6)	6587 (60,8)	
Pós-termo	6 (20,0)	7 (23,3)	17 (56,7)	
Não informado	28 (17,6)	51 (32,1)	80 (50,3)	
Peso ao nascer				
≤2500g	78 (10,2)	357 (46,7)	330 (43,1)	0,001
>2500g	1518 (13,8)	2830 (25,6)	6686 (60,6)	
Não informado	2 (20,0)	5 (50,0)	3 (30,0)	
Apgar 1º minuto				
≥7	46 (7,1)	245 (37,9)	356 (55,0)	0,001
≥7	1539 (13,9)	2885 (26,1)	6617 (59,9)	
Não informado	13 (10,7)	62 (51,2)	46 (38,0)	
Apgar 5º minuto				
<7	12 (6,4)	133 (71,1)	42 (22,5)	0,001
≥7	1579 (13,7)	3016 (26,1)	6955 (60,2)	
Não informado	7 (9,7)	43 (59,7)	22 (30,6)	

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: * teste de Associação Qui-Quadrado.

com número de consultas pré-natal superior a sete. Sobre a idade materna, os dados apresentados convergiram com pesquisas que encontraram menor incidência dessa prática em mulheres com idade superior a 35 anos^(1,11). Quanto a associação positiva entre o número de consultas pré-natal e o índice de episiotomia, não foram identificados estudos que justifiquem essa relação, todavia, cabe ressaltar que as informações recebidas durante essas consultas, e também nos grupos de gestante, são fundamentais para o empoderamento e a autonomia durante o trabalho de parto⁽¹⁵⁾.

Em 2018, por meio de uma diretriz, a OMS posicionou-se contra a episiotomia de rotina e reconheceu que não há evidências científicas para apoiar qualquer indicação na obstetrícia moderna, mas caso seja de fato necessária, a anestesia local eficaz e o consentimento informado da mulher são premissas essenciais para a sua execução⁽⁹⁾. Ainda nesse cenário, estudo clínico randomizado apontou que a utilização de um protocolo contrário à episiotomia mostrou-se eficaz e culminou na ocorrência de episiotomia muito abaixo da média⁽⁴⁾.

Com relação às variáveis obstétricas, aspecto observado na presente pesquisa e corroborado por outros autores, foi

a primiparidade o fator preditor para a episiotomia⁽¹⁸⁻²¹⁾. No entanto, um estudo de revisão⁽¹⁾ apontou que a primiparidade não deve ser considerada fator de risco, dado que está mais associada a períneo íntegro ou laceração de 1º e 2º grau, enquanto que a episiotomia pode provocar lacerações perineais mais profundas e comprometer a integridade esfíncteriana anal e uretral⁽²⁰⁾.

Sobre os aspectos obstétricos no momento da admissão, observa-se que as mulheres admitidas no hospital com pouca dilatação foram submetidas mais frequentemente à episiotomia. Quando as parturientes são internadas precocemente, a exemplo com dilatação cervical inferior a 2cm, é possível que o trabalho de parto ocorra de forma mais prolongada. Contudo, esta não pode ser uma justificativa para intervenções, como mostra a pesquisa realizada no Recife-Brasil ao destacar que se a mãe e o bebê estiverem estáveis, pode-se esperar o tempo necessário para que o trabalho de parto evolua, sem que haja um desfecho negativo⁽⁴⁾.

Quanto à presença da dinâmica uterina e a ruptura da membrana amniótica, ambas foram associadas à maior incidência de episiotomia⁽²¹⁾, corroborando com estudo que constatou que 83,1% das mulheres que apresentavam

Tabela 4. Variáveis obstétricas distribuídas de acordo com as condições perineais. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018.

Variáveis	Laceração espontânea (n=1598)	Períneo íntegro (n=3192)	Episiotomia (n=7019)	Valor-p*
	n (%)	n (%)	n (%)	
Apresentação				
Cefálica	1578 (13,6)	3113 ⁽⁻⁾ (26,8)	6925 ⁽⁺⁾ (59,6)	0,001
Pélvica	11 (10,8)	48 ⁽⁺⁾ (46,1)	44 ⁽⁻⁾ (43,1)	
Não informada	9 (10,0)	31 (34,4)	50 (55,6)	
Intercorrências				
Não	1558 ⁽⁺⁾ (14,0)	3134 ⁽⁺⁾ (28,2)	6429 ⁽⁻⁾ (57,8)	0,001
Sim	40 ⁽⁻⁾ (5,8)	58 ⁽⁻⁾ (8,4)	590 ⁽⁺⁾ (85,8)	
Destino				
Alojamento conjunto	1556 ⁽⁺⁾ (13,8)	2916 ⁽⁻⁾ (25,8)	6818 ⁽⁺⁾ (60,4)	0,001
UTI neonatal	27 (8,8)	142 ⁽⁺⁾ (46,1)	139 ⁽⁻⁾ (45,1)	
UCI neonatal	1 (2,1)	22 (46,8)	24 (51,1)	
Óbito	10 (7,2)	104 ⁽⁺⁾ (75,4)	24 (17,4)	
Não informado	4 (15,4)	8 (30,8)	14 (53,8)	

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN), * teste de Associação Qui-Quadrado.

Nota: teste de Associação Qui-Quadrado; Análise de resíduos; (+) Associação significativa positiva; (-) Associação significativa negativa.

contrações uterinas na admissão foram submetidas à episiotomia no momento do parto vaginal, assim como 25,4% admitidas com bolsa amniótica rota⁽²²⁾. Além disso, a maioria das mulheres que sofreu essa intervenção não apresentou intercorrências gestacionais, semelhante ao estudo realizado em 2019 na maternidade do Hospital Regional de São José, SC⁽¹¹⁾.

No tocante aos fatores neonatais, não foram encontradas justificativas plausíveis para a escolha da episiotomia, considerando que muitos casos foram de idade gestacional superior a 37 semanas, peso ao nascer maior que 2500g, escores de Apgar maior que sete, apresentação fetal cefálica e encaminhamento do bebê para o alojamento conjunto e UCIN⁽²¹⁾.

Destaca-se que o uso indiscriminado de episiotomia deve ser desencorajado, pois além de interferir na qualidade de vida da puérpera, as complicações causadas pela sutura perineal também podem impactar diretamente na relação de cuidado com o filho recém-nascido⁽¹¹⁾, uma vez que a dor e a hipersensibilidade podem levar à rejeição materna ao neonato e, assim, prejudicar a qualidade do cuidado e o vínculo estabelecido entre mãe e bebê^(7,11).

Um grande número de episiotomias foi observado no grupo de mulheres cujos bebês apresentaram intercorrências

durante o trabalho de parto, e neste momento, os profissionais buscaram medidas para acelerar o processo de nascimento. Apesar de comprovado que a episiotomia não exerce efeito protetor sobre a condição fetal, a literatura evidencia que em casos de condição fetal não tranquilizadora, macrosomia fetal, distocia de ombros, apresentação pélvica e algumas variedades posteriores da apresentação fetal, ela pode ser indicada com o objetivo de facilitar o período expulsivo⁽²³⁾. No entanto, estudo aponta que não há evidências de que a episiotomia previna distócia de ombro e/ou o sofrimento fetal⁽⁴⁾.

Ademais, a prática da episiotomia realizada de forma indiscriminada pode causar danos profundos na qualidade de vida e na saúde da mulher, como dor, maior necessidade de analgésicos, lacerações perineais graves e dispareunia^(8,24). Por este motivo, é preciso implementar medidas para humanizar e qualificar a assistência ao parto, com cautela na prática de procedimentos obstétricos que tragam danos à saúde da mulher, considerando que a assistência ao parto deve ser compreendida como um processo pelo qual se respeita a fisiologia do nascimento e a individualidade das mulheres, colocando-as como protagonistas e adequando à atenção de acordo com sua cultura, crenças e valores⁽¹⁷⁾.

Nesta direção, faz-se necessário que os profissionais de saúde compreendam que o parto humanizado é muito mais

que um conceito, mas uma questão de respeito e valorização da mulher.

Logo, a prática da enfermagem obstétrica ganha destaque pelo reconhecimento da individualidade e do protagonismo da mulher no nascimento, com respeito aos seus desejos, a partir do diálogo e escuta e de informações claras e oportunas sobre riscos e benefícios^(17,25), que permitirá uma experiência humana, digna e prazerosa pela chegada do filho⁽²⁵⁾. A enfermagem obstétrica é capaz de implementar cuidados menos intervencionista, transformando o paradigma vigente relacionado ao parto e nascimento, da medicalização e do intervencionismo^(9,17).

No que se refere às limitações do estudo, existe a possibilidade de incompletude dos dados coletados em prontuário, considerando que esta pesquisa é de natureza retrospectiva. De todo o modo, este estudo poderá promover mudanças no cenário obstétrico na medida em que desencoraja o uso da episiotomia e incentiva o aperfeiçoamento das práticas em saúde no momento do nascimento.

CONCLUSÃO

O estudo evidenciou alta incidência de episiotomia, com associação significativa às mulheres jovens, com idade inferior a 19 anos, número de consultas de pré-natal adequado, primiparidade, dilatação cervical entre 1 a 3 cm e dinâmica uterina presente na admissão, bolsa amniótica rota e trabalho de parto prolongado. Os fatores neonatais associados à episiotomia foram: bebês a termo, peso ao nascer superior a 2.500g, escores de Apgar maior que sete no primeiro e quinto minuto, apresentação cefálica, intercorrências com o bebê e encaminhamento ao alojamento conjunto.

Observou-se que os fatores associados ao alto índice de episiotomia deste estudo não correspondem às recomendações atuais da OMS. Importante destacar que a episiotomia de rotina, configura violência obstétrica, especialmente se realizada sem o consentimento da parturiente e, apesar das evidências científicas pouco recomendarem seu uso, esta prática ainda é comum no Brasil.

Assim, este estudo pode contribuir para o planejamento e implementação de medidas para a readequação do modelo obstétrico, com capacitação e conscientização dos profissionais, para que possam promover uma assistência efetiva e humanizada, pautadas no respeito aos direitos e à autonomia da parturiente.

A educação em saúde e o incentivo a novas pesquisas podem consolidar o cuidado à mulher e ao recém-nascido. Nesse sentido, as(os) enfermeiras(os) obstétricas(os) são agentes importantes na transformação dessas práticas, pois ao incentivar medidas menos intervencionistas, podem garantir um desenvolvimento mais saudável do parto e, assim, permitir à parturiente o exercício de seu protagonismo.

REFERÊNCIAS

1. Guimarães NNA, Silva LSR, Matos DP, Douberin AC. Análise de fatores associados à prática da episiotomia. *Rev enferm UFPE on line*. [Internet]. 2018 [cited 2022 jan 15];12(4):1046-53. Available from: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a231010p1046-1053-2018>.
2. Vieira MJO, Santos AAP, Silva JMO, Sanches METL. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. *Rev. Eletr. Enferm*. [Internet]. 2016 [cited 2022 jan 15];18:e1166. Available from: <https://doi.org/10.5216/ree.v18.36714>.
3. Corrêa Junior MD, Passini Júnior R. Selective Episiotomy: Indications, Technique, and Association with Severe Perineal Lacerations. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2016 [cited 2022 jan 15];38(6):301-7. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0036-1584942>.
4. Amorim MM, Coutinho IC, Melo I, Katz L. Selective episiotomy vs. implementation of a non-episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reprod Health* [Internet]. 2017 [cited 2022 jan 15];14:55. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0315-4>.
5. Zilberman A, Sheiner E, Barrett O, Hamou B, Silberstein T. Once episiotomy, always episiotomy? *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2018 [cited 2022 jan 15];298(1):121-4. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4783-8>.
6. Shmueli A, Benziv RG, Hiersch L, Ashwal E, Aviram R, Yogev Y, et al. Episiotomy - risk factors and outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2017 [cited 2022 jan 15];30(3):251-6. Available from: <https://doi.org/10.3109/14767058.2016.1169527>.
7. Gebuza G, Kaźmierczak M, Gdaniec A, Mieczkowska E, Gierszewska M, Dombrowska-Pali A, et al. Episiotomy and perineal tear risk factors in a group of 4493 women. *Health Care Women Int* [Internet]. 2018 [cited 2022 jan 15];39(6):663-83. Available from: <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1464004>.
8. Souza MRT, Farias LMVC, Ribeiro GL, Coelho TS, Costa CC, Damasceno AKC. Factors related to perineal outcome after vaginal delivery in primiparas: a cross-sectional study. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2020 [cited 2022 jan 15];54:e03549. Available from: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018043503549>.
9. World Health Organization; Recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: WHO; 2018.
10. Begley C, Guilliland K, Dixon L, Reilly M, Kegaan C, McCann C, Smith V. A qualitative exploration of techniques used by expert midwives to preserve the perineum intact. *Women Birth* [Internet]. 2019 [cited

- 2022 jan 15];32(1):87-97. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.015>.
11. Nunes DR, Mapelli AV, Nazário NO, Traebert E, Seemann M, Traebert J. Avaliação dos fatores determinantes à realização da episiotomia no parto vaginal. *Enferm. Foco* [Internet]. 2019 [cited 2022 jan 15];10(1):70-5. Available from: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n1.1399>.
 12. Oliveira AL, Carvalho FMR, Melo JS, Ximenes IB. Violência obstétrica e a responsabilidade médica: uma análise acerca do uso desnecessário da episiotomia e o posicionamento dos tribunais pátrios. *Revista da ESMAM* [Internet]. 2018 [cited 2022 jan 15];12(14):286-301. Available from: <https://revistaesmam.tjma.jus.br/index.php/esmam/article/view/27>.
 13. Cunha CMP, Katz L, Lemos A, Amorim MM. Knowledge, Attitude and Practice of Brazilian Obstetricians Regarding Episiotomy. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2019 [acesso em: 15 jan. 2022];41(11):636-46. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0039-3400314>.
 14. Leal MC, Bittencourt SA, Esteves-Pereira AP, Ayres BVS, Silva LBRAA, Thomaz EBAF, et al. Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2019 [cited 2022 jan 15];35(7):e00223018. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00223018>.
 15. Melo GP, Andreto LM, Araújo VMG, Holanda VR. Elaboração e validação do protocolo assistencial de enfermagem para sala de pré-parto, parto e pós-parto. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. 2016 [cited 2022 jan 15];18:e1204. Available from: <https://doi.org/10.5216/ree.v18.40589>.
 16. 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 [cited 2022 jan 15]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf.
 17. Possati AB, Prates LA, Cremonese L, Scarton J, Alves CN, Ressel LB. Humanization of childbirth: meanings and perceptions of nurses. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2017 [cited 2022 jan 15];21(4):e20160366. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0366>.
 18. Aguiar BM, Silva TPR, Pereira SL, Sousa AMM, Guerra RB, Souza KV, et al. Factors associated with the performance of episiotomy. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2020 [cited 2022 jan 15];73(Suppl 4):e20190899. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0899>.
 19. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. Factors related to episiotomy practice: an evidence-based medicine systematic review. *J Obstet Gynaecol* [internet]. 2019 [cited 2022 jan 15];39(6):737-47. Available from: <https://doi.org/10.1080/01443615.2019.1581741>.
 20. Sales JPM, Oliveira Netto A. Técnicas de alongamento perineal durante a gestação visando à redução nas taxas de episiotomia. *Revista InterSaúde* [Internet]. 2020 [cited 2022 jan 15];1(2):37-47. Available from: http://revista.fundacaojau.edu.br:8078/journal/index.php/revista_intersaude/article/view/122.
 21. 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. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2016 [cited 2022 jan 15];24:e2793. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0334.2686>.
 22. Feitoza SR. Fatores maternos, fetais e assistenciais associados à ocorrência de lacerações perineais e episiotomias [dissertation]. [Fortaleza (CE)]: Universidade Federal do Ceará; 2018 [cited 2022 jan 15]. Available from: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/37972>.
 23. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 [cited 2022 jan 15];(2):CD000081. Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>.
 24. Ferreira QT, Lima LSV, Silva LXL, Aquino DMF, Castro JFL. Transtorno de adaptação decorrente do parto: avaliação de sinais e sintomas em puérperas. *Rev. Eletr. Enferm.* [Internet]. 2019 [cited 2022 jan 15];21:53876. Available from: <https://doi.org/10.5216/ree.v21.53876>.
 25. Silva TC, Bisognin P, Prates LA, Bortoli CFC, Oliveira G, Ressel LB. Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro* [Internet]. 2017 [cited 2022 jan 15];7:e1294. Available from: <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1294>.

