

PRÁTICA DE EPISIOTOMIA ENTRE RESIDENTES EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Érica Silva Rocha¹, Camila Casagrande Mela¹, Flavia Westphal², Rosely Erlach Goldman³

RESUMO: Objetivo: identificar a frequência e justificativa para a realização da episiotomia em partos assistidos por residentes em enfermagem obstétrica. Método: estudo descritivo e retrospectivo, realizado no período de outubro a novembro de 2016, em uma maternidade pública do município de São Paulo. A população do estudo foi constituída por 884 parturientes de baixo risco. Para análise estatística, utilizou-se o teste Qui-Quadrado. Resultados: a episiotomia ocorreu em 174 (19,7%) partos e em 512 (59%) houve lacerações perineais. A integridade perineal foi mantida em 187 (21,4%) partos. As principais indicações estiveram relacionadas às condições do períneo: 54 (58,1%) por rigidez perineal, 22 (23,7%) períneo curto e 19 (20,4%) eminência de laceração grave. Conclusão: a prática de episiotomia entre residentes está acima do recomendado pela OMS e, com relação às justificativas apresentadas, há discrepância com as mundialmente utilizadas, trazendo reflexões acerca do modelo de formação e do distanciamento entre teoria e prática.

DESCRIPTORIOS: Episiotomia; Enfermagem obstétrica; Períneo; Parto normal.

USE OF EPISIOTOMY AMONG RESIDENTS IN OBSTETRIC NURSING

ABSTRACT: Objective: to identify the frequency of and justification for episiotomy in childbirths attended by residents in obstetric nursing. Method: Descriptive and retrospective study conducted in October-November, 2016, in a public maternity hospital in the city of São Paulo. The study population consisted of 884 low-risk pregnant women. Chi-square test was used for statistical analysis. Results: Episiotomy was performed in 174 (19.7%) deliveries and in 512 (59%) there were perineal lacerations. Perineal integrity was maintained in 187 (21.4%) deliveries. The main indications were related to perineal conditions: 54 (58.1%) perineal rigidity, 22 (23.7%) short perineum and 19 (20.4%) imminent severe laceration. Conclusion: The frequency of use of episiotomy by residents in obstetric nursing is higher than evidence based recommendations from the WHO, and regarding the reasons for the procedure, they differ from those generally reported worldwide, which leads to reflections about the model of professional training of obstetric nurses and the distance between theory and practice.

DESCRIPTORS: Episiotomy; Obstetric nursing; Perineum; Vaginal delivery.

PRÁCTICA DE LA EPISIOTOMÍA ENTRE RESIDENTES DE ENFERMERÍA OBSTÉTRICA

RESUMEN: Objetivo: Identificar la frecuencia y la razón de ejecución de episiotomía en partos atendidos por residentes en enfermería obstétrica. Método: Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado de octubre a noviembre de 2016 en maternidad pública del municipio de São Paulo. Población constituída por 884 parturientas de bajo riesgo. Para análisis estadístico se aplicó test de Chi-cuadrado. Resultados: Se practicó episiotomía en 174 (19,7%) partos, y en 512 (59%) hubo laceraciones perineales. Se mantuvo la integridad perineal en 187 (24,4%) de los partos. Las indicaciones principales se relacionaron con las condiciones perineales: 54 (58,1%) por rigidez perineal, 22 (23,7%) por períneo corto y 19 (20,4%) por inminencia de laceración grave. Conclusión: La práctica de episiotomía entre residentes supera lo recomendado por la OMS y, respecto a las razones presentadas, existe discrepancia con las mundialmente aplicadas, debiéndose reflexionar sobre el modelo de formación y de la distancia entre teoría y práctica.

DESCRIPTORIOS: Episiotomía; Enfermería Obstétrica; Períneo; Parto Normal.

¹Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

²Enfermeira. Mestre em Ciências. Técnico Administrativo em Educação da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

³Enfermeira. Pós-doutora em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Autor Correspondente:

Rosely Erlach Goldman

Universidade Federal de São Paulo

R. Napoleão de Barros, 754 - 04024-002 - São Paulo, SP, Brasil

E-mail: roselygoldman@unifesp.br

Recebido: 12/08/2017

Finalizado: 06/11/2018

● INTRODUÇÃO

Durante o processo do parto e nascimento, algumas estruturas da região pélvica e perineal sofrem constantes modificações que poderão ocasionar lesões em seus tecidos, por episiotomias ou roturas. A episiotomia é uma intervenção obstétrica que consiste em realizar uma incisão cirúrgica no períneo para a passagem do feto no momento do parto⁽¹⁾. Esse procedimento tem sido utilizado sob a prerrogativa de prevenir lesões perineais, mas existem evidências que apontam a necessidade de restrição de seu uso.

A primeira episiotomia que se tem registro ocorreu há 270 anos, e as taxas foram aumentando na primeira metade do século XX, época em que houve um movimento crescente para que as mulheres fossem parir em ambiente hospitalar⁽²⁾. A partir de então, a episiotomia se tornou o procedimento cirúrgico mais comum em todo o mundo, sua prática foi incorporada à rotina de assistência ao parto, sem que houvesse a realização de estudos para a avaliação dos seus riscos e benefícios. Atualmente, há a recomendação de que a episiotomia seja realizada como um procedimento restrito e, apesar de todas as evidências recomendarem o seu uso não rotineiro, verificou-se que ainda há uma taxa elevada de realização⁽³⁾.

As principais justificativas para realização de episiotomia são: rigidez perineal, primiparidade, múltiparas com episiotomia anterior, adolescentes, macrosomia fetal, posição occipitosacra, abreviação de período expulsivo prolongado, padrão fetal não tranquilizador, prematuridade, uso de fórceps e extração à vácuo, iminência de laceração de terceiro grau, falta de conhecimento profissional sobre a elasticidade perineal, rotina ensinada na formação, proteção do períneo anterior e idade materna⁽⁴⁾, considerando que observa-se maior prática de episiotomia em mulheres mais jovens e nas primíparas⁽³⁾.

No guia "Assistência ao Parto Normal: um guia prático" da Organização Mundial de Saúde (OMS), foram publicadas recomendações sobre as boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento. Essas foram classificadas em quatro categorias para direcionar a prática de ações e intervenções: A - práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas; B - práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas; C - práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam; D - práticas frequentemente usadas de modo inadequado. O uso liberal e rotineiro de episiotomia é apresentado na categoria D⁽⁵⁾.

As taxas de episiotomia variam consideravelmente no Brasil: dados da Pesquisa sobre o Nascer no Brasil, publicada em 2014, revelou uma taxa de 56,1% de episiotomia⁽⁴⁾. No entanto, dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS- 2006) apontam que a episiotomia ocorreu em 70% dos partos⁽⁶⁾, o que reflete o modelo de assistência obstétrica vigente no Brasil, em que a medicalização e as intervenções imperam sobre o modelo humanizado, revelando a urgência da necessidade de mudança do modelo de assistência ao parto.

A mudança de paradigmas na atenção ao parto e nascimento só será possível com a colaboração e com o trabalho de gestores, profissionais de saúde, estudantes, pesquisadores e usuários do Sistema Único de Saúde. Há no Brasil a necessidade de, além de outras ações, investir na formação de profissionais, em especial os enfermeiros obstétricos, assegurando princípios da humanização, das boas práticas e de segurança no parto e nascimento. Salienta-se que os profissionais de saúde são coadjuvantes nesse processo, sendo de suma importância para um bom resultado, colocando seu conhecimento em prol do bem-estar da mulher e do recém-nascido e identificando os momentos em que suas intervenções são necessárias para garantir a saúde de ambos⁽⁷⁾.

A formação profissional de qualidade se configura como um fator de grande relevância para implementação de boas práticas e assistência segura. Nesse cenário de mudança, emerge a formação na modalidade residência, um programa com financiamento e incentivo governamental que visa capacitar enfermeiras obstétricas para o cuidado à saúde da mulher durante processos de saúde reprodutiva. Essa formação deve ser baseada nas boas práticas, evidências científicas, diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas recomendações da Rede Cegonha, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal⁽⁸⁾.

Tal modalidade de formação oportuniza a vivência de mais experiências práticas, possibilitando aos

residentes adquirir competências profissionais, conhecimentos e habilidades que lhes proporcionem atuar com segurança. Além da capacitação quanto às habilidades e conhecimentos, o programa necessita incentivar a problematização de questões importantes na enfermagem obstétrica, tais como a busca pela autonomia profissional, as responsabilidades éticas e legais, bem como os conflitos entre o modelo medicalizado e intervencionista e o modelo humanizado. Entretanto, nota-se uma fragilidade no trabalho pedagógico em virtude da articulação entre teoria e prática não estar bem estabelecida. Nota-se que muitas vezes o campo de prática não corresponde àquilo que se ensina na teoria, sendo que a academia e os serviços deveriam trabalhar de maneira integrada⁽⁸⁾.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi identificar a frequência de episiotomia e a justificativa para a realização de tal procedimento em partos assistidos por residentes em enfermagem obstétrica, visto que são profissionais em formação e conhecimentos aprendidos durante esse processo refletirão em sua prática profissional. Considerando a escassez de estudos sobre o tema, proporcionar reflexões acerca da prática e do processo de ensino-aprendizado trará contribuições para a formação em enfermagem obstétrica na modalidade de residência.

● MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo e de abordagem quantitativa. A população do estudo constituiu-se de parturientes que tiveram seus partos assistidos por residentes em enfermagem obstétrica da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) no período de março de 2013 a fevereiro de 2016. O curso de Residência em Enfermagem Obstétrica foi criado em 2013, com o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica como uma ação estratégica da Rede Cegonha. O Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, disponibilizou e financiou vagas de residência vinculadas às instituições de ensino situadas em todas as regiões do país⁽⁹⁾.

Os partos ocorreram em uma maternidade pública localizada no município de São Paulo, que possui um Centro de Parto Normal (CPN), onde é prestada assistência às parturientes de risco habitual por enfermeiras obstétricas e obstetrizes. Os residentes, em todos os procedimentos, são acompanhados pelo preceptor, enfermeiras obstétricas ou obstetrizes vinculados à instituição hospitalar, assim como previsto pelo programa de residência em enfermagem obstétrica.

Os critérios de inclusão foram parturientes de baixo risco com assistência prestada por residente em Enfermagem Obstétrica. Foram excluídos partos em que houve a participação direta da equipe médica na assistência e partos assistidos pelos residentes em outros setores da instituição.

Os dados foram coletados pela pesquisadora principal no período de outubro a novembro de 2016, nas folhas de registro oficial dos partos assistidos pelos residentes em enfermagem obstétrica e transcritos para um instrumento elaborado.

As variáveis que compõem esse estudo foram agrupadas em variáveis maternas, relacionada à assistência de enfermagem durante o parto, e variáveis fetais. As variáveis maternas foram: idade da parturiente; idade gestacional; número de gestações; número de partos (paridade) e abortamentos; posição de parto e realização de episiotomia, e quando realizada, qual a indicação. As variáveis neonatais foram: peso do RN e índice de Apgar. As indicações de episiotomia foram: rigidez perineal, períneo curto, eminência de laceração grave, anel vaginal, exaustão materna, líquido amniótico, prematuridade, macrosomia fetal, período expulsivo prolongado e frequência cardíaca fetal não tranquilizadora.

Para a análise descritiva das variáveis categóricas, calculou-se frequência e percentual. Para as variáveis contínuas, calculou-se média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. Para comparar as variáveis categóricas por episiotomia, utilizou-se o teste Qui-Quadrado⁽¹⁰⁾. Foi utilizado um nível de significância de 5% (p -valor < 0,05).

A pesquisa cumpriu os preceitos éticos da resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e foi aprovada em 5 de agosto de 2016 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) sob o parecer nº 1.664.764. Houve dispensa do termo de consentimento por se tratar de uma coleta de dados secundários.

● RESULTADOS

Os resultados referem-se aos 884 partos normais de risco habitual, assistidos no centro de parto normal pelos residentes em enfermagem obstétrica. A idade das mulheres variou entre 13 e 46 anos, sendo a mediana 24 anos e a média 25 anos.

Em relação à paridade, 354 (40,0%) mulheres eram primíparas, 266 (30%) secundíparas e 263 (29,5%) múltiparas. Dos partos analisados, 873 apresentavam registro de situação perineal após o parto e a episiotomia foi referida em 174 (19,7%) deles. Em 512 (59%) partos houve lacerações perineais, das quais 425 (48,7%) de primeiro grau, 88 (10,1%) de segundo grau e duas (0,2%) de terceiro grau; e em apenas um parto (0,2%) houve o registro de laceração de colo do útero. A integridade perineal foi mantida em 187 (21,4%) partos. Dentre todas episiotomias realizadas, houve registro de indicação para a sua realização em 93 delas. Em alguns registros houve mais de uma indicação, o que resultou em um número maior de indicações com relação ao número de episiotomias.

Ao analisar as primíparas, a episiotomia esteve presente em 155 (43,7%) partos e a incidência de lacerações de primeiro e segundo grau foi de 139 (39,2%) e 40 (11,2%), respectivamente. Houve laceração de terceiro grau em apenas um parto (0,2%).

Em mulheres com pelo menos um parto anterior, a frequência de episiotomia foi de 19 (3,5%) e 172 (32,5%) delas mantiveram a integridade perineal. As lacerações perineais de primeiro grau foram as mais frequentes 283 (53,4%), enquanto que as lacerações de segundo grau ocorreram em apenas 46 (8,6%) dos partos. A laceração de terceiro grau esteve presente em apenas um parto (0,1%).

De todas as episiotomias registradas no estudo, as justificativas citadas para a realização foram rigidez perineal em 54 (58,1%) partos, seguidas por períneo curto 22 (23,7%) e eminência de laceração grave 19 (20,4%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das indicações de episiotomia, segundo o registro dos partos atendidos por residentes em enfermagem obstétrica. São Paulo, SP, Brasil, 2017

Motivo (Múltipla Resposta)	N %
Rigidez Perineal	54 (58,1)
Períneo curto	22 (23,7)
Eminência de Laceração grave	19 (20,4)
Líquido Amniótico	6 (6,5)
Macrossomia Fetal	6 (6,5)
Anel vaginal	3 (3,2)
Expulsivo prolongado	3 (3,2)
Exaustão Materna	2 (2,2)
Desaceleração	2 (2,2)
Prematuridade	1(1,1)
Outros	2 (2,2)

Analisando as indicações de episiotomia em dois grupos, primíparas e mulheres com pelo menos um parto anterior, não houve diferença quanto à principal indicação, em ambos grupos a rigidez perineal foi a mais utilizada. Nos partos de primíparas, a indicação de episiotomia por rigidez perineal foi registrada em 44 (28,3%), por períneo curto em 22 (14,1%) e por eminência de laceração grave em 14 (12,2%). Entre as múltiparas, as indicações para a episiotomia foram: períneo rígido 8 (42,10%), macrossomia fetal 4 (21%) e anel vaginal em um parto (5,2%).

Na análise dos fatores associados, nota-se que as mulheres submetidas à episiotomia tinham a média de idade de 22,2 anos, enquanto em mulheres não submetidas à episiotomia a média foi de

25,8 anos. A frequência de episiotomia 174 (19,7) foi significativamente maior em primíparas, sendo realizada em 155 (89,0%) delas (Tabela 2).

Tabela 2 - Associação entre episiotomia, idade e número de partos, segundo o registro dos partos atendidos por residentes em enfermagem obstétrica. São Paulo, SP, Brasil, 2017

	Episiotomia		Total	p-valor
	Sim	Não		
Idade Materna				
Média (DP)	22,22(5,23)	25,8(6,27)	25,09(6,24)	<0,0001*
Mediana	21	25	24	
Mínimo-Máximo	14-42	13-46	13-46	
Total de pacientes	173	703	876	
Nº Partos				
Média (DP)	0,12(0,36)	1,32(1,24)	1,08(1,22)	<0,0001*
Mediana	0	1	1	
Mínimo-Máximo	0-2	0-8	0-8	
Total de pacientes	174	709	883	

* teste Qui-Quadrado, nível de significância de 5% (p-valor < 0,05).

Em relação às condições de nascimento, 752 (85,1%) dos recém-nascidos (RN) apresentaram índice de Apgar nove no primeiro minuto. Índices de Apgar menores que sete foram registrados em 11 (1,24%) nascimentos no primeiro minuto de vida. No quinto minuto de vida, 528 (59,7%) apresentaram nota de Apgar dez, 337 (38,1%) nota nove e um (0,1%), nota menor que sete. A média de peso dos RN foi de 3.351,79 gramas, sendo o mínimo de 1.890 e o máximo 4.910 gramas.

● DISCUSSÃO

Os resultados apontam que a frequência da episiotomia foi de 19,7%, dado inferior ao encontrado em uma recente publicação realizada no Brasil, que avaliou diversos fatores sobre a assistência ao parto e nascimento e observou que a incidência de episiotomia em gestantes de risco habitual no país é de 56,1%⁽³⁾.

Com base em um estudo clínico randomizado realizado na Inglaterra e publicado em 1984, a Organização Mundial da Saúde recomenda uma taxa de episiotomia de até 10%⁽¹¹⁾.

Nota-se que a prevalência de episiotomia vem diminuindo mundialmente. Na Finlândia a taxa diminuiu de 71,5% para 54,9% entre as primíparas e de 21,5% para 9,2% entre múltíparas, em dez anos. Já a probabilidade de episiotomia entre esses grupos diminuiu 55% e 66%, respectivamente⁽¹²⁾.

Entretanto, estudos mostram discrepância relevante na incidência de episiotomia entre países. Na Europa do Norte e Ocidental as taxas variam entre 9,7% na Suécia e 87,3% na Espanha⁽¹³⁾. Na França, entre 2004 e 2009, a incidência reduziu de 55,7% para 13,3%, sem aumentar de maneira significativa os traumas perineais. Já a Inglaterra, ao estabelecer a política de evitar episiotomia de rotina, reduziu suas taxas para 20%⁽¹⁴⁾.

No que se refere aos resultados perineais após o parto, além das episiotomias, houve no presente estudo a incidência de 21,4% de períneo íntegro e 59% de lacerações perineais, sendo 48,7% de primeiro grau, 10,1% de segundo e 0,2% de terceiro grau.

Um estudo realizado em Santa Catarina em 2017, com uma população de 187 parturientes de risco habitual, que demonstrou os resultados maternos de partos domiciliares, apresentou uma taxa de

episiotomia inferior ao que foi encontrada no presente estudo. Houve apenas uma episiotomia, representando 0,5% do total de partos assistidos, 27,3% períneo íntegro e 72,2% de lacerações perineais, sendo que destas 72,1% foram de primeiro grau, 7,9% de segundo grau e não houve lacerações de terceiro e quarto grau⁽¹⁵⁾.

Um estudo de coorte, que incluiu 400 mulheres em um protocolo de não realização de episiotomia em uma maternidade no nordeste do Brasil, demonstrou uma alta taxa de períneo íntegro (cerca de 56%), 20% de lacerações de primeiro grau, 24% de lacerações de segundo grau e não houve relato de lacerações de terceiro e quarto grau⁽¹¹⁾.

Neste estudo, as principais justificativas para realização de episiotomia estiveram relacionadas com a condição do períneo. A rigidez perineal apareceu como a mais frequente com 58,1%, seguida por períneo curto em 23,7% dos casos e iminência de laceração grave em 20,4%. As indicações relacionadas ao feto e ao bem estar fetal apareceram em menor frequência. Indicações por macrossomia fetal ocorreram em 6,5% dos casos, expulsivo prolongado em 3,2%, desaceleração (frequência cardíaca fetal não tranquilizadora) em 2,2% e a prematuridade em 1,1%.

Estudos de diversos países apresentam as justificativas mais frequentes para a realização de episiotomia, no entanto, não parece haver consenso. Em contrapartida aos resultados observados, um estudo realizado na Finlândia, que comparou as indicações em primíparas e em multíparas, mostrou que em primíparas o maior risco de episiotomia está associado a partos com uso de vácuo. Em casos de fetos macrossômicos, a probabilidade de episiotomia permaneceu sem diferença significativa entre os dois grupos. Em ambos grupos houve maior probabilidade (três vezes maior) de episiotomia em partos com a segunda fase prolongada. Em multíparas com período expulsivo prolongado, foi identificado risco três vezes mais frequente de episiotomia, quando comparado àquelas com segundo estágio de 15 minutos. Porém, uma das dificuldades apontadas pelo estudo foi que a necessidade de episiotomia entre os subgrupos não era muito clara, e suas justificativas foram mal identificadas⁽¹²⁾.

Na Holanda, uma pesquisa realizada com população de gestantes de risco habitual mostrou incidência de episiotomia de 10,8%, sendo que 20,9% em primíparas e 6,3% em multíparas. Em relação às justificativas, 46% por segundo período do parto (período expulsivo) prolongado, seguido por, 35% em casos de sofrimento fetal, 19% para prevenção de laceração perineal grave ou história de episiotomia anterior, 17% períneo rígido e 21% outras razões (suspeita de feto macrossômico, posição da apresentação fetal anormal, perda sanguínea durante a segunda etapa e até mesmo a pedido)⁽¹³⁾. Já na Arábia Saudita, em pesquisa que avaliou os indicadores de episiotomia na obstetrícia moderna, a taxa foi de 51,2%, mostrando que todas as primíparas foram submetidas a esse procedimento e para elas, a indicação mais frequente foi períneo rígido. Em mulheres com partos vaginais anteriores, a principal justificativa foi rotura perineal anterior⁽¹⁴⁾.

Uma revisão sistemática realizada em 2009 demonstrou que o uso de episiotomia de rotina não reduz o risco de trauma perineal grave de terceiro e quarto grau, além de promover maior sangramento, também não reduz o risco de incontinência urinária e não diminui a dor. A episiotomia seletiva resulta em menos laceração perineal posterior e em menos necessidade de sutura, porém aumenta o risco de trauma perineal anterior, entretanto esse tipo de laceração apresenta menor sangramento e menor necessidade de sutura. Entre os grupos de rotina e seletiva, não há diferença no índice de Apgar⁽¹⁶⁾. A não realização de episiotomia de rotina já é consolidada por evidências científicas e, sobre as justificativas até então utilizadas, não há evidências científicas sólidas que legitimam a indicação. Alguns autores reforçam que tais indicações necessitam ser mais estudadas em ensaios clínicos randomizados⁽¹¹⁾.

Observou-se neste estudo que, do total de episiotomias realizadas, 89% eram em primíparas. Entre as primíparas, evidenciou-se que 43,7% delas foram submetidas a tal procedimento. A média de idade nas mulheres submetidas a episiotomia foi menor do que a encontrada em mulheres sem episiotomia, 22,2 anos e 25,8 anos, respectivamente. Esses resultados corroboram com a pesquisa Nascer no Brasil, a qual, por meio do estudo sobre as intervenções no trabalho de parto em mulheres de risco habitual, revelou uma alta taxa de episiotomia em primíparas (75%). Revelou ainda a maior prevalência, assim como no presente estudo, em mulheres com menor idade. A episiotomia foi praticada em 69,5% das mulheres com idade entre 10-19 anos e em 52,3% na faixa etária entre 20-34 anos⁽³⁾.

Outro critério que merece destaque é a prática da episiotomia aplicada de maneira rotineira nas primíparas, apoiada no conceito de que uma incisão cirúrgica limpa é melhor para recuperar em

comparação às lacerações perineais. Entretanto, estudos mostram que não é um processo isento de complicações, aumenta a perda de sangue, a taxa de infecção e até mesmo aumento da incidência de lacerações perineais de terceiro e quarto grau⁽¹⁴⁾.

Em uma revisão atualizada da Cochrane, que incluiu 11 ensaios clínicos randomizados para comparar a episiotomia de rotina versus episiotomia seletiva, concluiu-se que na prática de episiotomia seletiva há redução de 30% de mulheres com traumatismo perineal, e sobre o escore de Apgar inferior a sete no quinto minuto de vida do RN, tanto a episiotomia seletiva quanto a de rotina tem pouco ou nenhum efeito. Conclui que a prática de episiotomia de rotina para redução de traumas perineais não se justifica com base em evidências científicas atuais⁽²⁾.

A incidência de episiotomia é alta em comparação a algumas situações de baixo risco em países em desenvolvimento, sendo associada a maiores taxas de desfechos maternos adversos. Alguns autores recomendam episiotomia em casos em que haja sinais de sofrimento fetal, segundo estágio do trabalho de parto prolongado e para prevenir a ocorrência de lesão do esfíncter, entretanto, esse último é controverso, pois alguns estudos observacionais demonstraram um efeito protetor da episiotomia, enquanto outros mostram maior incidência de lesão de esfíncter anal se a episiotomia é realizada⁽¹³⁾.

É preciso adoção de critérios para a realização desse procedimento, visto que estudos observacionais mostram a episiotomia como um fator de risco para o assoalho pélvico inferior, para a força muscular, dispareunia e dor perineal. Além disso, a ocorrência de episiotomia aumenta a probabilidade de perda sanguínea superior a 500 ml em primíparas e em múltiparas, o que influencia na recuperação pós parto, já que mulheres com lacerações perineais tinham, consideravelmente, menos desconforto perineal em até 3 semanas pós-parto, se comparada com mulheres submetidas à episiotomia⁽¹³⁾.

Cabe ressaltar que a pesquisa apresenta limites em seus resultados devido à escassez de publicações sobre partos realizados por enfermeiras obstetras na modalidade de residência. No entanto, proporciona contribuições acerca da atuação dos profissionais em formação frente a intervenções obstétricas, em particular a episiotomia, que apresenta ainda muitas controvérsias acerca de suas taxas adequadas e indicações.

● CONCLUSÃO

A frequência da episiotomia nos partos assistidos por residentes em enfermagem obstétrica foi de 19,7%. Em relação às indicações, a condição perineal foi determinante e a maior prevalência esteve entre as primigestas.

Considerando o objetivo do estudo, a prática de episiotomia entre residentes está acima do esperado e as justificativas divergem das utilizadas mundialmente, trazendo a reflexão sobre o modelo de formação e sobre o distanciamento entre teoria e prática.

Diante disso, considera-se que ainda há necessidade de mudança nos paradigmas na assistência ao parto, desde o processo de formação à atuação profissional. O trabalho conjunto entre pesquisadores, estudantes e profissionais da saúde, a fim de solidificar um modelo de formação que empodere os profissionais e tenha como fundamentos as boas práticas na assistência ao parto e baseando-se em evidências científicas, configura-se como uma ação para redução das taxas de episiotomia, visto que tal formação pode influenciar na assistência prestada e assim reduzir morbidades associadas à assistência ao parto.

● REFERÊNCIAS

1. Figueiredo GS, Santos TTR, dos Reis CSC, Mouta RJO, Progianti JM, Vargens OMC. Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar. Rev. enferm. UERJ. [Internet]. 2011 [acesso em 2017 fev 19]; 19(2). Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a02.pdf>.

2. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2017 [acesso em 2017 fev 17]; (2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>.

3. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2014 [acesso em 2017 jan 15]; 30(Suppl1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>.
4. Cesar MBN, Gabrielloni MC, Lara SG, Barbieri M. Episiotomia: indicação versus prática. *Nursing*. [Internet] 2016;17(219) [acesso em 02 fev 2017]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDEF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=28806&indexSearch=ID>.
5. São Paulo. Poder executivo do estado de São Paulo. Resolução n. 42, de 06 maio 2015. Aprova a Nota Técnica “Boas Práticas do Parto e Nascimento”, assegurando o direito ao parto humanizado nos estabelecimentos públicos de saúde, no âmbito do estado de São Paulo e dá providências corretas. São Paulo: Diário Oficial Estado de São Paulo; 2015. Seção 1.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [acesso em 2017 jan 16]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual prático para implementação da Rede Cegonha. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2017 jan 16]. Disponível em: http://www.saude.pi.gov.br/ckeditor_assets/attachments/138/DOCUMENTOS_REDE_CEGONHA.pdf.
8. Lima GPVL, Pereira ALF, Guida NFB, Guida NFB, Progianti JMP, Araújo CLF, et al. Expectativas, motivações e percepções das enfermeiras sobre a especialização em enfermagem obstétrica na modalidade residência. *Esc. Anna Nery*. [Internet]. 2015 [acesso em 2017 jan 19]; 19(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150079>.
9. Ministério da Saúde. Portaria conjunta n. 5, de 31 de outubro de 2012. Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa Nacional de Bolsas para Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF). *Diário Oficial da União*, 1 nov 2012: Seção 1.
10. Agresti, A. *Categorical Data Analysis*. 2. ed. New York: Wiley; 2002.
11. 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 [acesso em 2017 jan 15]; 14. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-017-0315-4>.
12. Räisänen S, Vehviläinen-Julkunen K, Gisler M, Heinonen S. A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland. *Int J Gynaecol Obstet*. [Internet]. 2011 [acesso em 2017 nov 15]; (115). Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2011.05.008/pdf>.
13. Seijmonsbergen-Schermer A.E., Geerts C.C., Prins M, Van Diem M.T., Klomp T, Lagro-Janssen L.M., Jonge A. The Use of Episiotomy in a Low-Risk Population in The Netherlands: A Secondary Analysis. *BIRTH*. [Internet] 2013 [acesso em 2017 nov 15]; 40(4). Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12060/epdf>.
14. Saadia Z. Rates and Indicators for Episiotomy in Modern Obstetrics – a study from Saudi-Arabia. *Mater Sociomed* [Internet]. 2014 [acesso em 2017 nov 16]; 26(3). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.5455/msm.2014.26.188-190>.
15. Koettker JG, Brüggemann OM, Knobel R. Resultados Maternos Dos Partos Domiciliares Planejados Assistidos Por Enfermeiras Da Equipe Hanami No Sul Do Brasil, 2002-2012. *Texto contexto- enferm*. [Internet]. 2017 [acesso em 2017 jan 18]; 26(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003110015>.
16. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane Library*. [Internet]. 2016 [acesso em 2017 jan 16]; 1. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub2>.