

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

**Maria Onélia Figueira dos Santos**

## **Cuidar no parto: prática de episiotomia**



Agosto de 2015



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

**Maria Onélia Figueira dos Santos**

## **Cuidar no parto: prática de episiotomia**

Mestrado em Enfermagem Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

Relatório Final sob a orientação:

Professora Doutora Manuela Ferreira

Professor Doutor João Duarte



Agosto de 2015



“O segredo da vida não está em fazer o que se quer, mas querer o que se faz!”

Josemaria Escrivá



## **Agradecimentos**

Para a realização deste trabalho, contei com a colaboração de muitas pessoas, a quem desejo expressar os meus mais sinceros agradecimentos.

Em primeiro lugar, quero agradecer à Professora Doutora Manuela Ferreira, orientadora desta tese, pela confiança demonstrada, por todas as aprendizagens gratificantes que me permitiu alcançar, pautadas por uma simplicidade e sabedoria extremas que muito estimo e admiro.

Agradeço igualmente à Professora Doutora Madalena Cunha, pelo apoio prestado ao nível metodológico do Estudo Empírico I, nomeadamente no que se refere à revisão sistemática da literatura; por toda a disponibilidade, ajuda e simpatia que sempre demonstrou de um modo estimulante.

Ao Professor Doutor João Duarte, pelo apoio prestado ao nível metodológico do Estudo Empírico II, nomeadamente no que se refere ao tratamento estatístico dos dados; por toda a ajuda e disponibilidade.

À co-investigadora Arlete Santos.

Às minhas colegas de curso, Rita e Tânia, por partilharem comigo as risadas, as angústias e dificuldades e pela amizade e companheirismo.

Agradeço à minha família, em especial ao Paulo, à Carolina e à Edna, pelo tempo de ausência na realização desta dissertação; também aos meus pais e irmã pelo encorajamento e apoio incondicional ao longo deste trabalho.

Àqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que eu chegasse até aqui.

A todos, o meu sincero agradecimento.



## Resumo

**Enquadramento** – A episiotomia é uma incisão feita no períneo para aumentar o canal vaginal com o objetivo de evitar outros traumas perineais durante o parto. No entanto, esta prática, por si só, já se considera um trauma perineal pelo corte em estruturas que podem desencadear problemas futuros. A Organização Mundial de Saúde (1996) recomenda a utilização limitada da episiotomia uma vez que não existem evidências credíveis de que a utilização generalizada ou de rotina desta prática tenha um efeito benéfico.

**Objetivos:** Demonstrar evidência científica dos determinantes da prática de episiotomia seletiva em mulheres com parto normal/eutócico; identificar a prevalência de episiotomia; analisar os fatores (variáveis sociodemográficas, variáveis relativas ao recém-nascido, variáveis contextuais da gravidez e contextuais do parto) que influenciam na ocorrência de episiotomia.

**Métodos:** O estudo empírico I seguiu a metodologia de revisão sistemática da literatura. Efetuou-se uma pesquisa na EBSCO, PubMed, SciELO, RCAAP de estudos publicados entre janeiro de 2008 e 23 de dezembro de 2014. Os estudos encontrados foram avaliados tendo em consideração os critérios de inclusão previamente estabelecidos. Dois revisores avaliaram a qualidade dos estudos a incluir utilizando a grelha para avaliação crítica de um estudo descrevendo um ensaio clínico prospetivo, aleatorizado e controlado de Carneiro (2008). Após avaliação crítica da qualidade, foram incluídos no *corpus* do estudo 4 artigos nos quais se obteve um score entre 87,5% e 95%. O estudo empírico II enquadra-se num estudo quantitativo, transversal, descritivo e retrospectivo, desenvolvido no serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Cova da Beira, segundo um processo de amostragem não probabilística por conveniência (n = 382). A recolha de dados efetuou-se através da consulta dos processos clínicos das mulheres com idade ≥ 18 anos que tiveram um parto vaginal com feto vivo após as 37 semanas de gestação.

**Resultados:** Evidência de que a episiotomia não deve ser realizada de forma rotineira, cujo uso deve restringir-se a situações clínicas específicas. A episiotomia seletiva, comparada com a episiotomia de rotina, está relacionada com um menor risco de trauma do períneo posterior, a uma menor necessidade de sutura e a menos complicações na cicatrização. Amostra constituída por 382 mulheres, na faixa etária dos 18-46 anos. Apenas, não se procedeu à episiotomia em 41,7% da amostra, apontando para a presença da episiotomia seletiva. Número significativo de mulheres com parto eutócico (80,5%), com sutura (95,0%), laceração de grau I (64,9%), dor perineal (89,1%) sujeitas a episiotomia (58,3%). A maioria dos recém-nascidos nasceram com peso normal (92,3%), com um valor expressivo de mulheres sujeitas a episiotomia (91,4%). Ainda se constatou a existência de casos, apesar de reduzidos, em que o recém-nascido nasceu macrossómico (5,4%), tendo-se recorrido igualmente a esta prática. Não há uma associação direta entre a realização de episiotomia e os scores do APGAR.

**Conclusão:** Face a estes resultados e com base na evidência científica disponível que recomenda, desde há vários anos, que se faça um uso seletivo da episiotomia, sugere-se que os profissionais de saúde estejam mais despertos para esta realidade, de modo a que se possam anular as resistências e as barreiras de mudanças por parte dos mesmos face ao uso seletivo da episiotomia. Para promover essa mudança de comportamentos é importante não só mostrar as evidências científicas, bem como transpô-las para a prática, capacitando os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, na sua atuação.

**Palavras-chave:** Parto Normal/eutócico; Episiotomia; Episiotomia seletiva; Episiotomia de rotina.



## Abstract

**Background** - The episiotomy is an incision made in the perineum to increase the vaginal canal in order to avoid other perineal trauma during birth. However, this practice, in itself, already considered perineal trauma of the cutting structures which may trigger future problems. The World Health Organization (1996) recommends the use of episiotomy limited since no credible evidence that the widespread use or routine practice this has a beneficial effect.

**Objectives:** To demonstrate scientific evidence of the determinants of the practice of selective episiotomy in women with normal / eutocic delivery; identify the prevalence of episiotomy; analyze the factors (sociodemographic variables, variables related to the newborn, contextual variables of pregnancy and contextual delivery) that influence the occurrence of episiotomy.

**Methods:** The empirical study I followed the systematic review methodology literature. A search is made in the EBSCO, PubMed, Scielo, RCAAP studies published between January 2008 and December 23, 2014. The studies found were evaluated taking into account the inclusion criteria previously established. Two reviewers assessed the quality of studies to include using the grill for critical evaluation of a study describing a prospective, randomized and controlled Carneiro (2008). After critical evaluation of the quality, we were included in the study corpus 4 articles in which obtained a score between 87.5% and 95%. The empirical study II is part of a quantitative study, cross-sectional descriptive retrospective, developed in Obstetrics Service Hospital Cova da Beira, according to a non-probability sampling process for convenience (n = 382). Data collection was executed by consulting the medical records of women aged ≥ 18 years who have had a vaginal delivery with a live fetus after 37 weeks of gestation.

**Results:** Evidence that episiotomy should not be performed routinely, whose use should be limited to specific clinical situations. Selective episiotomy compared with routine episiotomy, it is associated with a lower risk of trauma of the posterior perineum, the less need for suturing and fewer complications in healing. Sample of 382 women, aged between 18-46 years. Just did not carry episiotomy in 41.7% of the sample, pointing to the presence of selective episiotomy. Significant number of women with eutocic delivery (80.5%), with suture (95.0%), grade I lacerations (64.9%), perineal pain (89.1%) subject to episiotomy (58.3%). Most babies born with normal weight (92.3%), with a significant amount of women undergoing episiotomy (91.4%). Still it found that there were cases, although reduced, where the newborn was born overgrowth (5.4%), having also resorted to this practice. There is no direct association between the realization of episiotomy and the APGAR scores.

**Conclusion:** In view of these results and based on the available scientific evidence recommends, for several years, which make a selective use of episiotomy, it is suggested that health professionals are more awake to this reality, so that if can override the resistance and barriers changed by the same against the selective use of episiotomy. To promote this change in behavior is important not only show scientific evidence and translate them into practice, enabling health professionals, especially nurses in their work.

**Keywords:** Eutocic/Natural Childbirth; Episiotomy; Selective episiotomy; Routine episiotomy.



## Lista de Tabelas

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade .....	65
Tabela 2 – Situação profissional e idade .....	65
Tabela 3 - Estatísticas relativas à idade gestacional.....	70
Tabela 4 – Idade gestacional e idade cronológica .....	70
Tabela 5 - Matriz de Correlação de Pearson entre a idade cronológica e a idade gestacional .....	70
Tabela 6 – Vigilância durante a gravidez e idade.....	71
Tabela 7 - Estatísticas relativas ao número de consultas de vigilância.....	71
Tabela 8 – Número de consultas de vigilância e idade .....	71
Tabela 9 – Presença de patologias associadas à gravidez e idade .....	72
Tabela 10 – Risco na gravidez e idade cronológica.....	72
Tabela 11 – Risco na gravidez e vigilância na gravidez.....	73
Tabela 12 – Risco na gravidez e idade gestacional .....	73
Tabela 13 – Proveniência para o bloco de partos e idade .....	74
Tabela 14 – Rotura prematura de membranas e idade.....	74
Tabela 15 – Duração do período expulsivo do parto e idade.....	75
Tabela 16 – Tipo de parto e idade .....	75
Tabela 17 – Idade gestacional e tipo de parto.....	76
Tabela 18 – Episiotomia em primíparas e idade .....	76
Tabela 19 – Episiotomia em múltíparas e idade .....	76
Tabela 20– Episiotomia e idade .....	77
Tabela 21 – Integridade do períneo em primíparas e idade .....	77
Tabela 22 – Integridade do períneo em múltíparas e idade .....	77
Tabela 23 – Integridade do períneo e idade.....	78
Tabela 24 – Laceração em primíparas e idade .....	78
Tabela 25 – Laceração em múltíparas e idade .....	79
Tabela 26 – Laceração e idade.....	79
Tabela 27 – Realização de sutura e idade .....	79
Tabela 28 – Ocorrência de hemorragia e idade .....	80
Tabela 29 – Ocorrência de dor perineal e idade .....	80
Tabela 30 – Ocorrência de epidural e idade.....	81
Tabela 31 – Episiotomia e tipo de parto .....	81
Tabela 32 – Episiotomia e duração do período expulsivo.....	81



Tabela 33 – Episiotomia e realização de sutura.....	82
Tabela 34 – Episiotomia e ocorrência de laceração.....	82
Tabela 35 – Episiotomia e ocorrência de dor perineal .....	83
Tabela 36 – Episiotomia e ocorrência de epidural .....	83
Tabela 37 – Episiotomia e peso do recém-nascido.....	84
Tabela 38 – Episiotomia e Apgar no primeiro minuto.....	84
Tabela 39 – Episiotomia e Apgar no quinto minuto.....	84
Tabela 40 – Episiotomia e Apgar no décimo minuto.....	85



**Lista de Quadros**

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos.....	46
Quadro 2 – Estudos que foram identificados a partir da introdução dos descritores .....	48
Quadro 3 – Teste de Relevância I .....	49
Quadro 4 – Teste de Relevância II .....	50
Quadro 5 – Regras para avaliação crítica de uma revisão sistemática.....	51
Quadro 6 – Resumo da análise do estudo de Räsänen et al. (2011) .....	54
Quadro 7 – Resumo da análise do estudo de Murphy et al. (2008) .....	55
Quadro 8 – Resumo da análise do estudo de Carroli e Belizán (2008).....	56
Quadro 9 – Resumo da análise do estudo de Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group (2013).....	57



## Lista de Figuras

- Figura 1 – Diagrama representativo das etapas de refinamento do corpus do estudo.....52
- Figura 2 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas ..63



## Lista de Siglas e Abreviaturas

**Cf.** – Conforme

**CHCB** – Centro Hospitalar Cova da Beira

**CV** – Coeficiente de Variação

**Colabs** – Colaboradores

**Dp** – Desvio padrão

**ed.** – Edição

**et al.** – Entre outros

**g** - grama

**K** – achatamento curtose ou Kurtosis

**KS** – Teste de aderência à normalidade de Kolmogorod-Smirnov

**M** – Média

**Max** – Máximo

**Min** – Mínimo

**N.º** – Número

**n** ou **N** – Número de observações

**p** – nível de significância

**p.** – página

**r** – Valor da correlação Pearson

**R<sup>2</sup>** – coeficiente de determinação

**RCAAP** – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

**RN** – Recém-nascido

**RPM** – Rotura prematura de membranas

**RS** – Revisão Sistemática

**SK** – assimetria Skewness

**SPSS** – Statistical Package for Social Science

**X<sup>2</sup>** – Qui-Quadrado



## Sumário

<b>Lista de Tabelas</b> .....	<b>I</b>
<b>Lista de Quadros</b> .....	<b>III</b>
<b>Lista de Figuras</b> .....	<b>IV</b>
<b>Lista de Siglas e Abreviaturas</b> .....	<b>V</b>
<b>Introdução</b> .....	<b>25</b>
<b>I Parte – Enquadramento Teórico</b> .....	<b>27</b>
<b>1. Episiotomia</b> .....	<b>29</b>
1.1. Uso seletivo versus generalizado ou de rotina .....	31
1.2. Complicações da episiotomia .....	33
<b>2. Perceção</b> .....	<b>37</b>
<b>3. Promoção</b> .....	<b>39</b>
<b>II Parte – Estudo Empírico</b> .....	<b>41</b>
<b>1. Estudo empírico I</b> .....	<b>43</b>
1.1. Metodologia .....	43
1.2. Métodos .....	44
1.3. Critérios de inclusão e de exclusão .....	45
1.4. Estratégia de busca dos estudos .....	46
1.5. Seleção dos estudos .....	47
1.6. Avaliação crítica dos estudos .....	51
<b>2. Resultados</b> .....	<b>53</b>
2.1. Resultados da análise dos estudos .....	57
<b>1. Estudo Empírico II</b> .....	<b>61</b>
1.1. Metodologia .....	61
1.2. Métodos .....	61
1.3. Participantes .....	64
<b>1.3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra</b> .....	<b>64</b>
1.4. Instrumento de recolha de dados .....	65
1.5. Procedimentos .....	66



1.6. Análise de dados .....	66
<b>2. Resultados .....</b>	<b>69</b>
2.1. Análise descritiva .....	69
<b>2.1.1. Variáveis contextuais da gravidez .....</b>	<b>69</b>
<b>2.1.2. Variáveis contextuais do parto .....</b>	<b>73</b>
<b>2.1.3. Variáveis contextuais do recém-nascido .....</b>	<b>83</b>
<b>3. Discussão .....</b>	<b>87</b>
3.1. Discussão metodológica .....	87
3.2. Discussão dos resultados .....	88
<b>Conclusão .....</b>	<b>93</b>
<b>Referências bibliográficas .....</b>	<b>97</b>
<b>Anexos .....</b>	<b>107</b>

**Anexo I** – Resultado da aplicação da avaliação crítica de uma revisão sistemática da literatura

**Anexo II** – Instrumento de recolha de dados

**Anexo III** – Pedido de autorização ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira para colheita de dados



## Introdução

Este trabalho surge no âmbito de uma investigação conjunta inserida no “Projeto Maternidade com Qualidade” promovido pela Mesa do Colégio da Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros (2013) e tem como tema central “Cuidar no parto: prática de episiotomia”.

O cuidado prestado às mulheres no decorrer do processo do parto tem sofrido muitas alterações ao longo dos tempos, consequentes da institucionalização do parto, dos avanços tecnológicos e do desenvolvimento da medicina (Diniz, 2005). Das técnicas adicionadas à assistência à saúde da mulher durante o parto encontra-se a episiotomia, que consiste num procedimento introduzido empiricamente na obstetrícia por Ould, em 1741, sob a alegação de que traria benefícios para a díade mãe-filho (Santos & Shimo, 2008).

A gravidez e o parto, apesar de serem considerados acontecimentos fisiológicos são únicos na vida de uma mulher, com amplos significados, adaptações e cuidados que envolvem aspetos distintos que englobam valores sociais, culturais, emocionais e interpessoais (Pieszak, Terra, Neves, Pimenta, Padoin & Ressel, 2013). Uma condição importante que está associada ao parto vaginal é a dor perineal que afeta a maioria das puérperas e que sofre influência de diferentes fatores, nomeadamente, maiores graus de laceração perineal e a realização de episiotomia (Andrews, Thakar, Sultan & Jones, 2008; East, Sherburn, Nagle, Said & Forster, 2012).

Este método foi introduzido há mais de 250 anos na prática clínica, sem uma evidência científica que fundamentasse o seu benefício, tendo como justificação a prevenção de lacerações perineais severas, uma melhor preservação da função sexual posterior, uma redução da incidência de incontinência urinária e fecal e a proteção do recém-nascido. Mas, na verdade, para muitos autores o seu uso rotineiro não é aconselhável e deve ser abandonado, sendo recomendada uma filosofia mais seletiva (Borges, Serrano & Pereira, 2003).

Trata-se de um dos procedimentos mais comuns em obstetrícia, sendo superado apenas pelo corte e laqueação do cordão umbilical. É praticado em 60% dos partos normais, com frequência de até 90% em primíparas (Rubio, 2005).

Nos últimos anos, a literatura tem demonstrado que a utilização da episiotomia generalizada ou de rotina não deve ser incentivada, abrindo a discussão sobre os benefícios e riscos deste procedimento (São Bento & Santos, 2006).

Quando as mulheres têm acesso à informação, elas passam a compreender que a episiotomia de rotina é uma lesão genital que deve ser prevenida e que elas podem recusá-la.

Altos índices de episiotomia contrariam as diretrizes preconizadas pela Organização Mundial da Saúde que considera a episiotomia como prática frequentemente utilizada de modo inadequado e que deve ter a sua utilização limitada (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1996).

Considerando a temática central deste estudo, a diversidade de opiniões utilizadas nas instituições de saúde relativamente à episiotomia e de forma a ser identificada a melhor prática desta técnica, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, baseada em recomendações científicas, considerou-se oportuno levar a efeito uma revisão sistemática da literatura.

A presente dissertação de mestrado está estruturada em duas partes. Na primeira, foi realizado um enquadramento teórico acerca da temática da dissertação. Na segunda parte foram desenvolvidos dois estudos empíricos. No primeiro foi feita uma revisão sistemática da literatura sem metanálise sobre a episiotomia, utilizando as bases de dados científicas via EBSCO, PubMed, SciELO e RCAAP com as palavras-chave episiotomia, parto normal e lesões perineais, no período de 2008 a 2014. No segundo estudo empírico, e como forma de tentar complementar as informações obtidas a partir da revisão sistemática da literatura, apresentar-se-ão dados acerca da realidade do Serviço de Obstetrícia do Centro Hospitalar Cova da Beira (CHCB), relativamente à utilização da episiotomia em mulheres que tiveram um parto vaginal, com feto vivo durante o ano de 2014, recorrendo à análise descritiva simples.

Este duplo estudo tem como objetivo colaborar na ampliação e atualização do conhecimento científico da enfermagem perante as indicações para a utilização da episiotomia seletiva ou de rotina; bem como conhecer qual a realidade do CHCB no que respeita à utilização da episiotomia.





## 1. Episiotomia

Neste capítulo serão abordados aspectos relativos à episiotomia, nomeadamente, o tipo de incisão, principais indicações, riscos, benefícios, uso seletivo *versus* generalizado (de rotina), complicações e medidas para promoção da integridade perineal.

A episiotomia foi introduzida em 1741 por um obstetra irlandês, Sir Fielding Ould, como um procedimento que deveria ser realizado de modo excepcional, para ajudar no nascimento em partos complicados e prevenir lacerações graves do períneo (Mattar, Aquino & Mesquita, 2007).

No entanto, na primeira metade do século passado, fatores como a hospitalização do parto, posição horizontal para o nascimento, o uso de fórceps, juntamente com o incentivo de alguns ginecologistas, esta intervenção começou a ser recomendada profilática e sistematicamente como meio de justificar a diminuição da morbi-mortalidade materna e neonatal (Borges, Serrano & Pereira, 2003).

A Organização Mundial de Saúde (1996) recomenda a utilização limitada da episiotomia uma vez que não existem evidências credíveis de que a utilização generalizada ou de rotina desta prática tenha um efeito benéfico. Alguns estudos mostram claramente que esse procedimento pode causar danos, nomeadamente, maior perda sanguínea, disfunção sexual (Oliveira & Miquilini, 2005; Carvalho, Souza, Moraes & Filho, 2010), incontinência urinária e fecal, maior tempo de internamento, formação de hematomas e infeção pós-natal (Carvalho et al., 2010).

Define-se como uma incisão cirúrgica no períneo com o objetivo de aumentar a abertura vaginal durante o parto devendo ser realizada no momento da coroação da cabeça do feto. A sua reparação é realizada com uma sutura com fio absorvível pelo organismo e é chamada de episiorrafia. Utiliza-se técnica asséptica e com recurso a anestésicos (Borges et al., 2003).

A episiotomia pode ser de diferentes tipos: mediana, lateral e medio-lateral. A mediana é a mais utilizada na América do Norte e a incisão medio-lateral é mais utilizada na América Latina e Europa (Lede, Belizán & Carrollli, 1996). A incisão mediana está contraindicada nos casos de períneo curto, macrossomia fetal e parto difícil.

A episiotomia lateral está em desuso devido aos seus inconvenientes, pois essa região, além de muito vascularizada, ainda pode lesar os feixes internos do músculo elevador do ânus (Oliveira & Miquilini, 2005).

A incisão medio-lateral é realizada na linha média do funículo posterior da abertura vaginal, em direção à tuberosidade isquiática. O corte abrange a pele, a mucosa vaginal, aponevrose superficial do períneo, fibras dos músculos bulbo cavernoso e do transverso superficial do períneo, e algumas vezes, fibras internas do elevador do ânus (Oxorn, 1989). Este é um tipo de incisão mais utilizada por não ter risco de lesar o esfíncter e a mucosa retal (Oliveira & Miquilini, 2005). Comparado este tipo de incisão com a incisão mediana, este protege mais o períneo quando se trata de um parto com fórceps (Lede et al., 1996).

Numa revisão sistemática é evidente que não existem estudos suficientes que evidenciem qual o tipo de episiotomia mais benéfica e recomendável (Carroli & Mignini, 2009).

A prática generalizada ou de rotina da episiotomia tem sido classificada como frequentemente utilizada de modo inadequado, devendo ser realizada somente nos casos em que houver necessidade, indicada em cerca de 10% a 15% dos casos, devendo ser realizada no momento da coroação da cabeça do feto (Borges et al., 2003).

A OMS (1996) e vários autores (Carroli & Mignini, 2009; Mattar et al., 2007) aconselham o uso da episiotomia nos seguintes casos: sofrimento fetal; parto instrumental ou complicado, por exemplo, distocia de ombros, apresentação pélvica, macrosomia; lesão iminente de laceração perineal grave, nomeadamente rigidez perineal, altura do períneo inferior ou igual a 3cm.

Todavia, as revisões sistemáticas, as metanálises e os estudos são consistentes e demonstram que não existe consistência científica para a manutenção desta prática de rotina obstétrica. Pelo contrário, questiona-se se a sua realização resulta em complicações intra e pós-operatórias. Ela própria é considerada uma laceração perineal de II grau (Carroli & Mignini, 2009).

O uso restrito desta intervenção no parto vaginal apresenta benefícios, designadamente menor risco de lesões no períneo posterior, menos necessidade de sutura e menos complicações no processo de cicatrização (Santos, Bolanho, Mota, Coleoni & Oliveira, 2008). De acordo com os mesmos autores, existe uma desvantagem da prática seletiva do procedimento, como o aumento da probabilidade de ocorrer lesões perineais anteriores, por norma lacerações de primeiro e segundo graus.

Importa referir que, no parto vaginal, a ocorrência de lacerações perineais depende de diversos fatores, os quais podem estar relacionados com as condições maternas e fetais, ao parto em si e à prática da episiotomia, a qual pode aumentar a gravidade da laceração (Santos et al., 2008).

As lacerações espontâneas são classificadas como de 1º grau quando afetam a pele e a mucosa; de 2º grau nos casos em que se estendem até os músculos perineais; de 3º grau quando afetam o músculo esfíncter do ânus; de 4º grau em situações que a lesão do períneo abrange o conjunto do esfíncter anal e exposição do epitélio anal. No caso da episiotomia, além da pele e da mucosa, são habitualmente divididos os músculos transversos superficial do períneo e bulbo cavernoso (Santos et al., 2008; Graça, 2010).

### 1.1. Uso seletivo *versus* generalizado ou de rotina

A Organização Mundial da Saúde publicou, em 1996, o “Guia Prático para Assistência ao Parto Normal”. Este guia classifica as práticas relacionadas ao parto normal em quatro categorias, de A a D, de acordo com os benefícios e riscos envolvidos.

A categoria A representa as condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas. Correspondendo a 22 condutas, entre elas destaca-se “encorajar posição não deitada de costas no parto e a monitorização fetal com auscultação intermitente”.

Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas constituem a categoria B. Nesta categoria foram listados 15 procedimentos, entre eles, o uso rotineiro de enema e tricotomia dos pelos púbicos.

A categoria C abrange as condutas sem evidência suficiente para fomentar uma recomendação e que, deveriam ser usadas com precaução, enquanto pesquisas adicionais não as tornarem evidentes. Entre as 8 condutas incluídas nesta categoria, temos a utilização rotineira de amniotomia precoce durante o início do trabalho de parto.

A episiotomia foi classificada na categoria D, como prática frequentemente utilizada de modo inadequado. Este documento faz referência ao uso generalizado da episiotomia como procedimento que não possui evidências confiáveis que traga benefícios. Ao mesmo tempo relata que há evidências claras de que a episiotomia pode causar dano. Assim, recomenda-se o uso limitado desta intervenção. Este guia refere

ainda quais as situações em que o uso da episiotomia seria indicado tais como: sinais de sofrimento fetal, a progressão insuficiente do parto e a ameaça de lacerações de 3º grau, incluindo laceração de 3º grau em parto anterior (OMS, 1996).

Com base nas evidências científicas, a episiotomia deve realizar-se só de forma seletiva e não se justificam taxas superiores a 30% na prática obstétrica (Borges et al., 2003). A OMS (1996) indica cerca de 10%, e de acordo com a Classificação de Práticas de Parto Normal, o uso generalizado da episiotomia é considerada uma prática frequentemente utilizada de modo inadequado e prejudicial à saúde da mulher.

As revisões sistemáticas, realizadas por Mattar et al. (2007) e Amorim, Porto e Souza (2010), evidenciam que, nos partos vaginais, a episiotomia seletiva, comparada com a episiotomia realizada rotineiramente, associa-se a um menor risco de trauma de períneo posterior, a uma menor necessidade de sutura e a menos complicações na cicatrização. Percebeu-se que a episiotomia em vez de prevenir a ocorrência de lacerações perineais, favorecia o aparecimento de lesões de 3.º e 4.º grau, não prevenia lesões no pólo cefálico fetal e nem melhorava os scores de Apgar.

O uso da episiotomia gera um maior custo aos hospitais, pois aumentam a hemorragia pós-parto e o risco de infecção pós-natal, sendo necessário o uso de anestésicos mais potentes e de antibióticos (Carvalho et al., 2010).

Apesar das recomendações para a realização de uma episiotomia seletiva, a sua frequência continua bastante elevada e apresenta como única desvantagem a maior ocorrência de lacerações na região perineal anterior, que causam menor sangramento, menor dor e, por vezes, não necessitam de sutura (Borges et al., 2003; Mattar et al., 2007).

A única evidência a favor do uso indiscriminado da episiotomia é a diminuição do risco de traumatismo perineal anterior. Porém, este facto não justifica o uso indiscriminado da episiotomia, tendo em vista que este tipo de laceração não leva a grandes perdas sanguíneas, não necessita de sutura e é menos dolorosa que os traumas de períneo posterior (Mattar et al., 2007).

Uma análise de seis estudos randomizados, que objetivaram avaliar os efeitos do uso seletivo *versus* generalizado da episiotomia durante o parto vaginal, demonstrou que a mesma era realizada em 72.7% no grupo generalizado e 27.6% no grupo seletivo. Neste último grupo, ocorreu uma redução das lesões perineais posteriores, da necessidade de sutura e menores complicações da cicatrização (Borges et al., 2003). Os mesmos autores referem ainda que esses estudos revelaram um aumento do número de lacerações anteriores. Deste modo, os autores concluíram que o uso seletivo parece

acarretar certos benefícios quando comparado com políticas de uso generalizado (Borges et al., 2003).

Os estudos que revelam que a episiotomia é realizada sem qualquer enfoque seletivo, contrariando a literatura científica, onde se explica que o seu uso seletivo é muito mais benéfico quando comparado ao uso generalizado ou de rotina, inclusive, como demonstra a própria história da episiotomia (Pereira & Pinto, 2011). Estes pressupostos surgem da constatação por parte de vários autores (Mouta, Araújo & Progianti, 2008; Costa & Souza, 2009; Francisco, 2011), que observaram, através dos seus estudos, que a episiotomia é realizada num número significativo de mulheres, não sendo justificada a sua prática nos registos. Mais especificamente, Mouta et al. (2008), ao verificar os registos de 1715 partos normais, verificou a ocorrência de episiotomia em 56% dos casos, mesmo considerando que a sua indicação era reservada para situações especiais. A corroborar, Francisco (2011) salienta que esses índices continuam elevados, na medida em que observou a realização de episiotomia em 75,4% dos partos vaginais, efetuados numa Instituição hospitalar do Rio de Janeiro.

Atualmente, as incertezas focam-se na definição de quais são os fatores imprescindíveis para o uso seletivo da episiotomia. Todavia, até que esses fatores sejam exatos, Mouta et al. (2007) referem que os fatores de risco de cada mulher devem ser avaliados para que o uso desse procedimento decorra com moderação, o que implica a realização de mais estudos de modo a encontrar-se efetivamente a definição de critérios fisiológicos e éticos.

## 1.2. Complicações da episiotomia

No que se refere às complicações da episiotomia, começa-se por referenciar os resultados de um estudo retrospectivo de 17483 partos eutócicos, num período de 18 anos de autoria de Bansal, Tan, Ecker, Bishop e Kilpatrick (1996), referenciado por Borges et al. (2003). Este estudo apurou que o número de episiotomias, sendo na sua maioria medianas, passou de 86.8% para 10.4%, com uma redução de 53% de 3º e 4º grau, relacionado com o aumento simultâneo de períneos intactos de 10.3% para 26.5%. Conclui-se também a ocorrência de um aumento do número de lacerações vaginais de 5.4% para 19.3%. Borges et al. (2003) referem que a correlação encontrada por Bansal et al. (1996) ao nível da frequência de episiotomia com outros fatores de interesse demonstrou estar diretamente proporcional à frequência de roturas de períneo severas,

às de 4.º grau isoladamente, e estar inversamente relacionada com a taxa de períneos intactos e lacerações vaginais.

Faz-se igualmente alusão a um outro estudo retrospectivo efetuado com 2144 partos eutócicos, realizado por Larsson, Platz-Christensen e Bergam (1991), conforme referem Borges et al. (2003), onde se comparou uma contingente patologia perineal entre mulheres que tiveram uma episiotomia e as que tiveram lacerações espontâneas. Os autores concluíram que a incidência de infeção é expressivamente maior no grupo das episiotomias (10% *versus* 2%). Estas mulheres tiveram uma cicatrização pior, com complicações em 29% dos casos, quando comparadas com 9% nas lacerações espontâneas.

A episiotomia apresenta algumas complicações associadas, nomeadamente: infeção, hematoma, roturas do períneo 3º e 4º grau, celulite, deiscência, abscesso, incontinência de gases, incontinência de fezes, fístula retovaginal, lesão do nervo pudendo, fascíte necrosante e morte (Carroli, 2006). Os riscos associados são, para além de outros, a extensão da lesão, hemorragia significativa, dor no pós-parto, edema, infeções, hematoma, dispareunia, fístulas retovaginais e, ainda que muito raro, a endometriose da episiorrafia (Borges et al., 2003).

Indo ao encontro do já referido pelos autores apresentados, também Almeida e Riesco (2008), ao compararem a cicatrização e a dor perineal com a utilização das técnicas de sutura contínua e separada em mulheres com parto normal, observaram que morbidades do trauma perineal, causadas pela episiotomia, nomeadamente o hematoma, a equimose, a infeção e a deiscência prejudicam a completa recuperação materna. Os mesmos autores sugerem que a manipulação do local e a escolha do tipo de sutura se assumem como fatores relevantes para a redução da dor e para a boa evolução do processo de cicatrização.

Os riscos associados ao uso da episiotomia são significativos e levam a ponderar se perante a ausência de indicações da mesma se considera correto praticar um ato para o qual não se encontram benefícios que o justifiquem (Borges et al., 2003).

As evidências demonstram que o uso generalizado ou de rotina da episiotomia não reduz o risco de trauma perineal severo, não previne lesões no polo cefálico fetal e nem melhora os scores de Apgar (Santos et al., 2008). Por outro lado, promove uma maior perda sanguínea e não minimiza o risco de incontinência urinária de esforço, dispareunia e dor perineal após o parto. De acordo com os mesmos autores, a única real evidência a favor do uso generalizado da episiotomia foi uma diminuição do risco de traumatismo perineal anterior (Santos et al., 2008).

Alguns estudos realizados por Oliveira e Miquilini (2005) demonstram que as lesões do esfíncter anal foram três vezes mais frequentes em parturientes com episiotomia.

Apesar das evidências de recentes pesquisas e recomendações, essa intervenção continua a ser realizada generalizadamente e os profissionais de saúde, muitos deles ainda ligados a conceitos e a práticas que não consideram evidências científicas atuais, persistem na realização deste procedimento, violando, desta feita, os direitos das mulheres (Borges et al., 2003).

Ressalva-se que por se tratar a episiotomia de um ato cirúrgico, é de extrema importância que a mulher conheça os seus benefícios e os problemas a ela associados, na medida em que esta é, não obstante, um dos únicos procedimentos realizados sem qualquer consentimento prévio da mulher (Diniz, 2005). Deste modo, assume-se como basilar ter sempre em consideração a peculiaridade do ser humano, o que implica a preservação do seu direito de decidir sobre a sua autonomia.



## 2. Percepção da mulher acerca da episiotomia

Ao analisar-se a percepção das mulheres face à episiotomia, Pereira e Pinto (2011) verificaram um significativo desconhecimento das mesmas em relação a esta prática. Observou também que a grande maioria das mulheres não é informada acerca da sua realização e indicação. Estes dados são corroborados por Santos e Shimo (2008), na medida em que verificaram que 31,2% das mulheres afirmaram que desconheciam completamente de que se tratava este procedimento e a sua grande maioria não sabia sequer o porquê da sua indicação. Contudo, alertam para o facto de que quase a totalidade das mulheres entrevistadas respondeu que o objetivo da episiotomia consistia num procedimento que facilitava o processo do nascimento, colaborando na expulsão do bebé, bem como evitava a laceração.

Os efeitos percebidos pela mulher face à não-realização da episiotomia foram descritos também num estudo realizado numa maternidade no Rio de Janeiro (Progianti, Vargens, Porfírio & Peixoto, 2006). Os resultados demonstraram que a prescrição desta técnica foi vivenciada e explicitada pelas mulheres beneficemente. Todavia, os mesmos autores, face a estas evidências, sugerem que para haver a preservação da integridade perineal é indispensável a implementação de ações que humanizem o atendimento durante assistência pré-natal e o parto (Progianti et al., 2006).

Além do aumento dos riscos físicos associados a esta técnica, Almeida e Oliveira (2005), acrescentam que a episiotomia é percebida, pela mulher, como um fator de stresse no parto.

Santos e Shimo (2008) aludem ao poder decisório da mulher acerca da episiotomia. Para estas autoras, este procedimento representa o poder exercido pelos profissionais de saúde perante o corpo feminino, sem que a mulher seja esclarecida ou consultada antes da realização do procedimento. Desta feita, sugerem que sejam realizados outros estudos, porquanto os existentes mostram a real necessidade de haver mais esclarecimentos sobre a prática da episiotomia durante o período pré-natal, em especial no último trimestre da gestação.

Cabe ressaltar que a episiotomia, como todo procedimento cirúrgico, só deveria ser realizada com o consentimento da parturiente. Contudo, é um dos únicos

procedimentos realizados sem qualquer consentimento prévio da mesma (Pereira & Pinto, 2011).

No que diz respeito à percepção das mulheres e dos profissionais de saúde sobre a episiotomia, os estudos são escassos. No entanto, existem evidências que as mulheres não recebem informação ou recebem orientações centradas na necessidade de realizar o procedimento para benefício da díade mãe-filho. Por outro lado, os profissionais insistem na realização de episiotomia, sem o consentimento da mulher, mantendo um enorme enfoque intervencionista, subtraindo a esta a possibilidade de experienciar o parto com um processo fisiológico e fortalecedor da sua autonomia (Previatti & Souza, 2007).

Atendendo às evidências encontradas, e com base em Mattar et al. (2007) e Pereira e Pinto (2011), as mulheres devem ter o livre arbítrio na escolha a ser feita em relação ao seu corpo. Por outro lado, reforça-se que atualmente existe a recomendação de que a episiotomia deve ser utilizada de forma específica, seletiva, e de acordo com a necessidade da parturiente. Deste modo, torna-se importante que os profissionais de saúde reestruturem as suas práticas, alterando a sua conduta, especialmente a partir do momento em que as evidências científicas comprovam a efetividade da episiotomia seletiva.

### 3. Promoção da integridade perineal

Existem mecanismos, apresentados pela OMS (1996), em que a mulher pode preparar o seu períneo durante o período pré-natal, como forma de prevenir uma futura episiotomia, além de optar por uma posição ortostática no momento do parto, compressas locais quentes e massagem perineal durante o período expulsivo do parto, além do suporte do períneo para o desprendimento cefálico lento.

Por sua vez, Oxorn (1989) refere vantagens da posição lateral esquerda nomeadamente a facilidade, conveniência e conforto para a mulher, o relaxamento dos músculos pélvicos, facilitando a descida da apresentação fetal e a facilidade na assistência ao desprendimento cefálico, com menor ocorrência de lacerações.

Estudos sobre os efeitos da posição da mulher durante o parto normal evitando a posição litotômica, obtiveram valores significantes de períneo íntegro (Albers, Sedler, Bedrick, Teaf & Peralta, 2006).

Num estudo randomizado sobre as posições litotômica e lateral esquerda no parto há evidência de uma menor frequência de episiotomia na posição lateral esquerda (6,7%) versus na litotômica (26,9%); deste modo é demonstrado que a posição lateral esquerda não estimula a realização de episiotomia (Basile, 2000).

De acordo com OMS (1996) e alguns estudos científicos descritos por Oliveira e Miquilini (2005), existe uma técnica de proteção do períneo durante o parto, para prevenir o trauma perineal. A prática de proteção do períneo durante a saída do pólo cefálico é descrita pelos autores da seguinte forma: os dedos de uma mão apoiam o períneo enquanto a outra mão exerce uma leve pressão sobre a cabeça fetal de modo a controlar a velocidade de coroamento. Assim tenta-se evitar ou reduzir uma lesão perineal. Porém, é possível que, com essa manobra seja evitada uma laceração do períneo, mas também é concebível que a pressão sobre a cabeça fetal impeça o seu movimento de extensão e se afaste do arco púbico em direção ao períneo, aumentando a possibilidade de lesão na região anterior.

Para uma manutenção da integridade perineal é extremamente importante a avaliação cuidadosa do períneo e o abandono de intervenções desnecessárias, nomeadamente, toques vaginais repetidos, amniotomia, uso de ocitocina e puxos dirigidos.

Estas atitudes interferem no tempo indispensável para uma preparação do períneo e, conseqüentemente, nas condições perineais no parto e pós-parto, provocando edema e lacerações. Os profissionais devem respeitar o ritmo do parto de cada mulher e conhecer a real necessidade de utilizar a episiotomia (Silva, 2002).

## **II Parte – Estudo Empírico**

---



## 1. Estudo empírico I

Nesta parte do trabalho apresentamos o estudo empírico I, que consiste numa revisão sistemática da literatura, que tem como princípios gerais a exaustão na busca dos estudos analisados, a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica.

### 1.1. Metodologia

Para que uma investigação surja é necessário ter por base uma situação considerada como problemática, ou seja, uma situação que possa causar algum mal-estar, irritação, inquietação, e que, conseqüentemente, exige uma explicação ou pelo menos uma compreensão mais clara do fenómeno observado (Fortin, 2009).

Atualmente, na área da saúde, o grande volume de informação científica aponta para a necessidade de sínteses, conclusões e orientações baseadas na combinação de resultados provenientes de múltiplos estudos e que podem contribuir para a consistência da fundamentação de uma decisão clínica, ou seja para a prática baseada na evidência, e conseqüente melhoria das práticas (Pereira, Gaspar, Reis, Barradas & Nobre, 2012).

A revisão sistemática (RS) é uma forma de síntese das informações disponíveis em dado momento, sobre um problema específico, de forma objetiva e reproduzível, por meio de método científico (Galvão, Sawada & Trevizan, 2004).

Uma RS tem como objetivo reunir toda a evidência empírica que cumpra com os critérios previamente estabelecidos, com o propósito de responder a uma questão de investigação. Para tal recorre-se a métodos sistemáticos e explícitos, que visam reduzir a existência de viés e apresentar assim resultados mais fiáveis a partir dos quais se podem tirar conclusões e delinear decisões (Higgins & Green, 2011).

Considerando a temática central deste estudo, a diversidade de opiniões utilizadas nas instituições de saúde relativamente à episiotomia e de forma a ser identificada a

melhor prática desta técnica, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, baseada em recomendações científicas, considerou-se oportuno levar a efeito uma revisão sistemática da literatura com base nas orientações do Cochrane Handbook (Higgins & Green, 2011). Aplicaram-se os sete passos recomendados pelos autores: 1 – Formulação/ problema; 2 – Localização e seleção dos estudos; 3 – Avaliação crítica dos estudos; 4 – Colheita de dados; 5 – Análise e apresentação dos dados; 6 – Interpretação dos resultados; 7 – Aperfeiçoamento e utilização. Seguindo esta orientação, foi possível identificar os principais RCT (Randomised Controlled Trials), metanálises de ensaios clínicos e revisões sistemáticas que permitissem responder à questão de investigação.

## 1.2. Métodos

Assim como qualquer outra investigação científica, uma boa revisão sistemática requer uma pergunta ou questão bem formulada e clara. Esta deve conter a descrição da doença ou condição de interesse, a população, o contexto, a intervenção e o desfecho. Todos os passos da revisão sistemática são guiados pela pergunta de pesquisa, como título, objetivo, hipótese, critérios de inclusão e exclusão e demais elementos (Sampaio & Mancini 2007).

Nesta revisão sistemática, para a formulação da questão de investigação, seguiu o método PI[C]OD, considerada uma ferramenta útil nesta formulação.

P: <i>Participant</i>	Mulheres que tiveram um parto normal/eutócico
I: <i>Intervention</i>	Prática de episiotomia (todos os tipos)
C: <i>Comparisons</i>	Episiotomia seletiva (tentar evitar uma episiotomia se possível e só realizar por indicações fetais ou se considerada situação iminente de trauma perineal severo) ou generalizada – ou de rotina – (fazer sempre independentemente das indicações maternas ou neonatais)
O: <i>Outcomes</i>	Redução de episiotomias;
D: <i>Design</i>	Estudos experimentais e quasi-experimentais e revisões sistemáticas com e sem metanálise

Tendo em conta os pressupostos teóricos formulou-se a seguinte questão:

- Quais os determinantes da prática de episiotomia seletiva em mulheres com parto normal/eutócico?

Realizámos uma revisão da literatura no motor de busca Google, com o objetivo de identificar os termos mais utilizados nos artigos científicos alusivos a esta temática, com a intenção de definir as palavras-chave preliminares do estudo.

Após leitura de vários artigos, foram definidas as palavras-chave: “Episiotomy”, “Natural Childbirth” e em português “Episiotomia” e “Parto normal”.

Após esta fase, foi confirmado se as palavras-chave constituíam descritores MeSH, utilizando a plataforma informática MeSH Browser, obtendo-se como resultado os seguintes termos MeSH: “Episiotomy”, “Natural Childbirth”, “Parturition”; “Perineum \*injuries, surgery”. No Decs também se confirmou que “Episiotomia” e “Parto normal” constituíam descritores.

### 1.3. Critérios de inclusão e exclusão

Uma das características que distingue uma RS de uma revisão narrativa é a especificação dos critérios para a inclusão e exclusão de estudos na avaliação (critérios de elegibilidade). Os critérios de elegibilidade são uma combinação de aspetos da questão, do tipo de desenho, dos participantes, intervenções e comparações tendo por base a questão PI[C]OD (Higgins & Green, 2011).

Com o objetivo de limitar os artigos em estudo, que irão constituir esta revisão, foram definidos e aplicados critérios de seleção (quadro1) mais específicos.

Os critérios de inclusão visaram estudos realizados a partir do ano 2008, provenientes de bases de dados científicas que incluam estudos de revisão sistemática da literatura e *randomized controlled trials* (RCT's), relativamente à utilização da episiotomia. Os mesmos fazerem referência à prática de episiotomia, em mulheres com idade superior ou igual a 19 anos de idade, que tiveram um parto normal/eutócico, independentemente da abordagem da episiotomia ser seletiva ou generalizada. Foram considerados os documentos disponíveis em idioma português, inglês e espanhol.

Os critérios de exclusão utilizados para a realização desta pesquisa foram estudos anteriores a 2008 com outros desenhos de investigação para além dos de inclusão, escritos noutra língua que não o português, o inglês e o espanhol.

Quadro 1 – Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos

<b>Critérios de seleção</b>	<b>Critérios de Inclusão</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
Participantes	- Idade superior ou igual a 19 anos de idade; - Mulheres que tiveram parto normal/eutócico;	- Idade inferior a 19 anos de idade; - Mulheres que tiveram parto distócico;
Intervenções	- Estudos que refiram a prática de episiotomia	- Estudos que não refiram a prática de episiotomia
Comparações	- Prática de episiotomia seletiva versus prática de episiotomia generalizada	- Todos os estudos que não refiram pelo menos um dos grupos dos critérios de inclusão
“Outcomes”	Estudar as variáveis: - Redução de episiotomias; - Trauma perineal/vaginal; - Dor perineal; - Necessidade de suturar.	- Todos os estudos que não analisem pelo menos uma das variáveis de inclusão
Desenho	- Estudos experimentais e quasi-experimentais Revisões sistemáticas com e sem Metanálise	- Outros desenhos para além dos de inclusão

#### 1.4. Estratégia de busca dos estudos

A estratégia de busca dos estudos deve descrever de forma detalhada as bases de dados utilizadas, os descritores, as palavras-chave e os operadores booleanos (O'Connor, Green & Higgins, 2011).

As pesquisas foram efetuadas entre 22 e 23 de dezembro de 2014 e integraram os estudos datados entre janeiro de 2008 e 23 de dezembro de 2014, nos idiomas português, inglês e espanhol, recorrendo a diversos motores de busca científica: Cochrane Central Register of Controlled Trials Database of Abstracts of Reviews of Effects, Business Source Complete, ERIC, Regional Business News NHS Economic Evaluation Database, Academic Search Complete, MedicLatina, Health Technology Assessments, Nursing & Allied Health Collection:

Comprehensive, Library, Information Science & Technology Abstracts, Cochrane Methodology Register, Cochrane Database of Systematic Reviews (via EBSCO), PubMed, SciELO, Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).

A estratégia de pesquisa desenvolvida nas bases de dados selecionadas utilizou como descritores: “episiotomy”, “natural childbirth”, “parturition” e “perineum \*injuries, surgery” tendo sido adotada a seguinte estratégia de pesquisa:

#1 MeSH descriptor “Episiotomy” (all fields)

#2 MeSH descriptor “Natural Childbirth” (all fields)

#3 MeSH descriptor “Parturition” (all fields)

# 4 MeSH descriptor “Perineum \*injuries, surgery” (all fields)

#5 (#1 OR #2 OR #3 OR #4)

#6 MesHTerms Randomized controlled trial as topic OR Systematic Literature Review as Topic (all fields)

#7 (#5 AND #6)

A estratégia de busca utilizou os termos acima citados, conjugando-os com os operadores booleanos na seguinte forma: (episiotomy OR Natural childbirth OR parturition OR perineum \*injuries, surgery) AND (Randomized controlled trial as topic OR Systematic Literature Review as Topic) nos motores de busca Pubmed e EBSCO; (episiotomia OR parto normal) AND (Randomized controlled trial as topic OR Systematic Literature Review as Topic) na SciELO e (Episiotomia E parto normal) na RCAAP.

### 1.5. Seleção dos estudos

A primeira amostra de estudos foi de 23596 estudos. Contudo, devido ao tamanho da amostra foram aplicados limitadores de pesquisa. Foram apenas considerados os estudos que contemplassem os seguintes requisitos:

1. Data de publicação – janeiro de 2008 a 23 de dezembro de 2014
2. Participantes com idades  $\geq 19$  anos

No quadro abaixo (quadro 2) apresentamos os estudos que foram identificados após introdução dos descritores nos motores de busca científica. Os motores de busca científica EBSCO, PubMed, SciELO, RCAAP foram identificados como B1, B2, B3 e B4 respectivamente. Os resultados são apresentados segundo o motor de busca científica.

Quadro 2 – Estudos que foram identificados a partir da introdução dos descritores

<b>Cód.</b>	<b>Motor de busca científica</b>	<b>Descritores</b>	<b>Período temporal</b>	<b>Limitadores</b>	<b>Resultados</b>
B1	EBSCO (Cochrane Central Register of Controlled Trials Database of Abstracts of Reviews of Effects, Business Source Complete, ERIC, Regional Business News NHS Economic Evaluation Database, Academic Search Complete, MedicLatina, Health Technology Assessments, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Library, Information Science & Technology Abstracts, Cochrane Methodology Register, Cochrane Database of Systematic Reviews)	(episiotomy OR natural childbirth) AND (Randomized controlled trial as topic OR Systematic Literature Review as Topic) (all fields)	janeiro de 2008 a 23 de dezembro de 2014	-Participantes com idade superior ou igual a 19 anos	1575
B2	PubMed	(episiotomy OR natural childbirth) AND (Randomized controlled trial as topic OR Systematic Literature Review as Topic) (all fields)	janeiro de 2008 a 23 de dezembro de 2014	-Participantes com idade superior ou igual a 19 anos	68
B3	SciELO	(episiotomia OR parto normal) AND (Randomized controlled trial as topic OR Systematic Literature Review as Topic) (all fields)	janeiro de 2008 a 23 de dezembro de 2014		210
B4	RCAAP	(episiotomia OR parto normal)	janeiro de 2008 a 23 de dezembro de 2014		31

Após a aplicação dos limitadores a amostra ficou reduzida a 1884 estudos. Para sistematizar a seleção dos estudos foi adaptado de Pereira e Bachion (2006) um instrumento de triagem – teste de relevância I, apresentado no quadro 3. Deste modo procedeu-se a nova seleção dos artigos, cujos títulos e resumos foram analisados para refinar todo o processo que tinha sido realizado. Esta seleção teve por base os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Este teste é constituído por uma lista de questões que devem ser respondidas pelo avaliador, afirmando ou negando a questão em causa. Quando a questão for negada, o estudo deve ser excluído da revisão (Pereira & Bachion, 2006).

Quadro 3 – Teste de Relevância I

Referência do estudo:		
Questões	Sim	Não
<b>1. O estudo está de acordo com o tema investigado?</b>		
<b>OPERACIONALIZAÇÃO</b> INCLUIR Idade superior ou igual a 19 anos de idade Mulheres que tiveram parto normal/eutócico Estudos que refiram a prática de episiotomia  EXCLUIR Publicações referentes a cartas de leitor e artigos de opinião e comentários Idade inferior a 19 anos		
<b>2. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado?</b>		
Estudos publicados entre janeiro de 2008 a 23 de dezembro de 2014		
<b>3. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto?</b>		
Português Inglês Espanhol		
<b>4. O estudo encontra-se disponível em <i>full text</i>?</b>		
<b>5. Estudo envolve seres humanos?</b>		

Após a aplicação do teste de Relevância I foram excluídos 1851 estudos, tendo a amostra ficado circunscrita a 33 estudos.

De seguida, todos os estudos previamente selecionados com o teste de relevância I foram submetidos à avaliação de dois investigadores, de forma independente, através do teste de relevância II (Quadro 4), seguindo um padrão semelhante ao primeiro teste, com a diferença que nesta etapa, todos os estudos foram lidos na íntegra. Com este intuito, foram formuladas novas questões para orientar a decisão relativamente à inclusão ou não do estudo para a fase de avaliação da qualidade metodológica. Do mesmo modo, as perguntas devem ser respondidas afirmativa ou negativamente, sendo que uma ou mais respostas negativas implica a exclusão do estudo (Pereira & Bachion, 2006). Deste modo foram excluídos 29 estudos.

Quadro 4 – Teste de Relevância II

Referência do estudo:		
Questões	Sim	Não
<b>1. O estudo está de acordo com o tema investigado?</b>		
<b>OPERACIONALIZAÇÃO</b> INCLUIR Idade superior ou igual a 19 anos de idade Mulheres que tiveram parto normal/eutócico Estudos que refiram a prática de episiotomia Prática de episiotomia seletiva <i>versus</i> prática de episiotomia generalizada ou de rotina  EXCLUIR Publicações referentes a cartas de leitor e artigos de opinião e comentários Idade inferior a 19 anos Mulheres que tiveram parto distócico		
<b>2. O desenho do estudo vai de encontro com ao predefinido?</b>		
INCLUIR Estudos experimentais e quasi-experimentais Revisões sistemáticas com e sem Metanálise  EXCLUIR Outros desenhos para além dos de inclusão		
<b>3. O estudo foi publicado dentro do tempo estipulado?</b>		
Estudos publicados entre janeiro de 2008 a 23 de dezembro de 2014		
<b>4. O estudo foi publicado no idioma estipulado para o projeto?</b>		
Português Inglês Espanhol		
<b>5. Estudo envolve seres humanos?</b>		
<b>6. Os outcomes do estudo vão de encontro com o predefinido?</b>		
INCLUIR Redução de episiotomias; Trauma perineal/vaginal; Dor perineal; Necessidade de suturar;  EXCLUIR Todos os estudos que não analisem pelo menos uma das variáveis de inclusão		

A partir deste ponto foram analisados os artigos em texto completo (n=4), tendo por base a aplicação de critérios mais rigorosos que foram estabelecidos com base na metodologia PI[C]OD (Ramalho, 2005) e que se encontram apresentados no quadro 1, tendo ficado o *corpus* reduzido a 4 estudos.

## 1.6 Avaliação crítica dos estudos

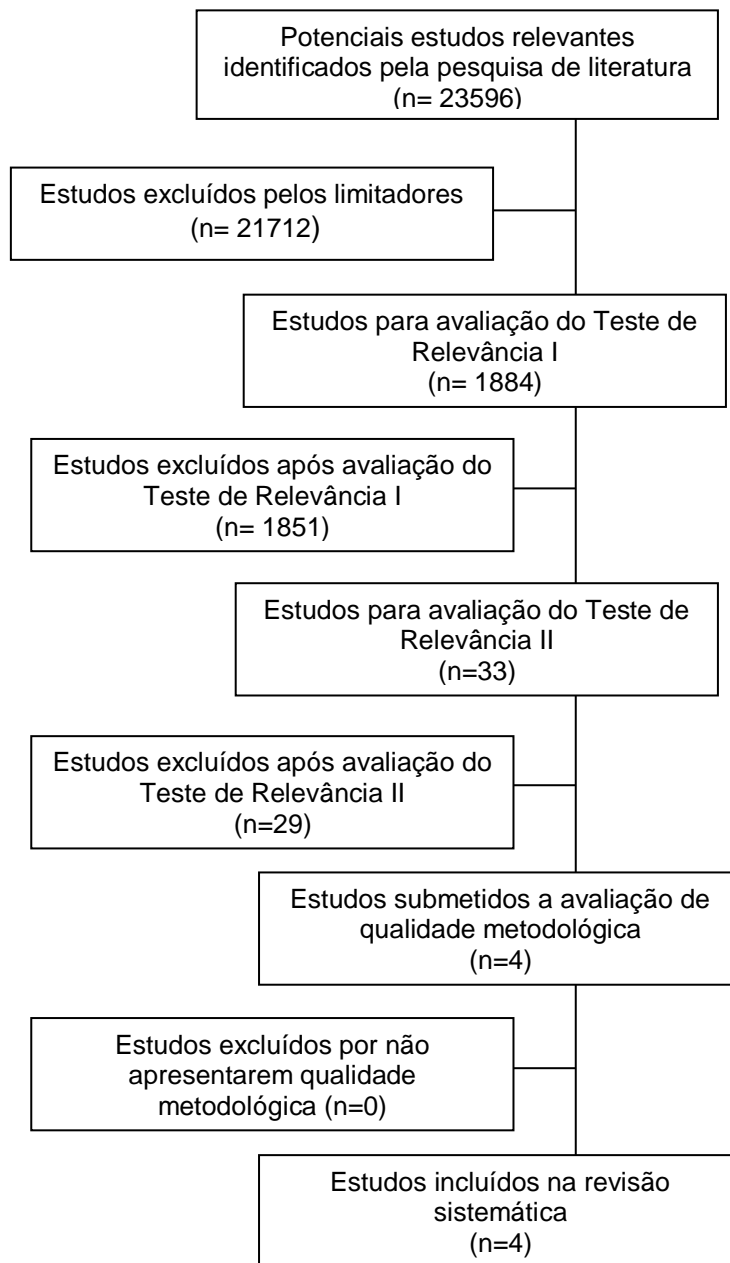
Para realizar a avaliação crítica, os estudos selecionados foram avaliados por dois revisores com experiência do método isoladamente antes da inclusão na revisão e nenhum teve conhecimento dos resultados da análise em qualquer momento deste processo conforme preconizado por Higgins e Green (2011). Assim utilizou-se, como instrumento de avaliação, a “Grelha para avaliação crítica de um artigo descrevendo um ensaio clínico prospetivo, aleatorizado e controlado” do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina de Lisboa que apenas considera “estudos de qualidade” os que obtêm um score igual ou superior a 75% (Bugalho & Carneiro, 2004; Carneiro, 2008).

Quadro 5 – Regras para avaliação crítica de uma revisão sistemática

<b>Validade dos resultados</b>	Sim	?	Não	N/A
1. A revisão aborda de forma explícita uma questão clínica sensível?	2	1	0	n/a
2. A pesquisa dos estudos relevantes foi detalhada e exhaustiva?	2	1	0	n/a
3. Os estudos primários têm elevada qualidade metodológica?	2	1	0	n/a
4. A interpretação dos estudos é reprodutível?	2	1	0	n/a
<b>Importância dos resultados</b>	Sim	?	Não	N/A
5. Os resultados foram semelhantes entre os estudos?	2	1	0	n/a
6. Quais são os resultados gerais dos estudos?	2	1	0	n/a
7. Quão precisos são os resultados?	2	1	0	n/a
<b>Aplicabilidade dos resultados</b>	Sim	?	Não	N/A
8. Qual é a melhor forma de interpretar os resultados para aplicá-los na prática clínica?	2	1	0	n/a
9. Foram considerados todos os <i>outcomes</i> clinicamente importantes?	2	1	0	n/a
10. Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação?	2	1	0	n/a

Assim, para cada artigo, respondeu-se a 10 questões, os quais foram classificados com base nas regras para a avaliação crítica de uma revisão sistemática (cf. Quadro 5).

Na figura 1 apresenta-se o diagrama com o processo de seleção dos estudos, onde se pode compreender todo o percurso até à amostra final.

Figura 1 – Diagrama representativo das etapas de refinamento do *corpus* do estudo

Não se procedeu à metanálise dos resultados, uma vez que o presente trabalho contém um estudo empírico II, com recurso a tratamento estatístico descritivo, sendo estes apresentados em forma de narrativa, incluídos em quadros.

## 2. Resultados

De todos os estudos identificados através do método explicado no capítulo anterior apenas quatro artigos foram selecionados para o *corpus* do estudo: Räisänen, Vehviläinen-Julkunen, Gisler & Heinonen (2011), Murphy, Macleod, Bahl, Goyder, Howarth & Strachan (2008), Carroli e Belizán (2008), Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group (2013).

Seguidamente apresentamos uma síntese descritiva dos aspetos mais importantes dos principais resultados da análise dos estudos selecionados, que se encontram agrupados e organizados num “quadro de evidências” de modo a responder à questão de investigação enunciada anteriormente:

### **Quais os determinantes da prática de episiotomia seletiva em mulheres com parto normal/eutócico?**

No Quadro 6 encontra-se a síntese descritiva do estudo de Räisänen et al. (2011), que teve como objetivo verificar a prevalência de episiotomia aquando da implantação, num hospital central da Finlândia, da norma de episiotomia seletiva e fatores associados a esse procedimento. Trata-se de um estudo observacional, retrospectivo, registo de base populacional revisado numa população de 514741 mulheres com parto normal, com feto vivo. Os autores verificaram uma prevalência de episiotomia seletiva de 37,8%, com um percentual significativamente mais elevado de episiotomia seletiva entre as mulheres com idade entre os 19-29 anos (49,5%) e entre as primíparas (58,9%), quando comparado com as mulheres na faixa etária  $\geq 30$  anos (24,4%) e as múltiparas (14,9%), respetivamente. Maior predomínio de realização de episiotomia seletiva durante o dia (42,5%) do que no turno da noite (31,7%). Não se verificou associação significativa entre a realização de episiotomia seletiva e os fatores relacionados ao recém-nascido e ao profissional responsável pela assistência. Outro

resultado a que os autores chegaram foi que não houve associação estatisticamente significativa entre a realização de episiotomia e as variáveis da criança (scores de Apgar, idade gestacional e peso ao nascer) e em relação ao profissional que realizou o parto.

Quadro 6 – Resumo da análise do estudo de Räsänen et al. (2011)

Räsänen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Gisler, M., Heinonen, S. (2011). A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland. <i>International Journal of Gynecology and Obstetrics</i> 115: 26-30.	
<b>Tipo de estudo/população</b>	Verificar a prevalência de episiotomia aquando da implantação, na Finlândia, da norma de episiotomia seletiva e fatores associados a esse procedimento. Estudo observacional, retrospectivo, registo de base populacional revisado para o período de 1997 a 2007 realizado numa população de 514741 mulheres (217778 primíparas e multíparas 296963) submetidas a parto normal, com feto vivo. As variáveis maternas (idade e paridade), do recém-nascido (peso, idade gestacional e score de Apgar) e relacionadas com o procedimento (profissional responsável e horário) foram obtidas através e consultas aos processos clínicos.
<b>Intervenções</b>	Uso de episiotomia seletiva.
<b>Resultados/outcomes</b>	A prevalência encontrada de episiotomia seletiva foi de 37,8%. Verificou-se um percentual significativamente mais elevado de episiotomia seletiva entre as mulheres com idade entre os 19-29 anos (49,5%) e entre as primíparas (58,9%), quando comparado com as mulheres na faixa etária $\geq 30$ anos (24,4%) e as multíparas (14,9%), respetivamente. O percentual de realização de episiotomia seletiva durante o dia (42,5%) foi significativamente mais elevado do que o da noite (31,7%). Não se verificou associação significativa entre a realização de episiotomia seletiva e os fatores relacionados ao recém-nascido e ao profissional responsável pela assistência. Não se observou associação estatisticamente significativa entre a realização de episiotomia e as variáveis da criança – scores de Apgar, idade gestacional e peso ao nascer – e em relação ao profissional que realizou o parto.
<b>Conclusões</b>	Observou-se uma frequência da episiotomia acima da recomendação internacional. A ocorrência de episiotomia diminuiu de 71,5% em 1997-1999 para 54,9% em 2006-2007 entre mulheres primíparas, e de 21,5% em 1997-2001 para 9,2% em 2006-2007 entre as mulheres multíparas. O presente estudo evidencia a necessidade de desenvolver a prática profissional no sentido de diminuir a realização da episiotomia.
<b>Análise crítica da qualidade</b>	90.0% (Anexo I)

No Quadro 7 apresenta-se a síntese descritiva do estudo de Murphy et al. (2008), que consiste num estudo controlado randomizado, cujo objetivo foi comparar o uso de episiotomia seletiva e episiotomia de rotina em mulheres com parto eutócico. Os autores verificaram que as políticas baseadas na episiotomia seletiva formam: redução do trauma perineal posterior, menos necessidade de sutura e complicações na cicatrização, nenhuma diferença para a medida da dor e trauma vaginal ou perineal grave. A episiotomia de rotina foi realizada nas seguintes situações: sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e ameaça de laceração de 3.º grau ou ocorrência de laceração de 3.º grau em parto anterior. Concluíram que a episiotomia favorece uma maior perda sanguínea, não reduz a dispareunia e dor perineal pós parto e que continua a ser um procedimento realizado sem qualquer consentimento prévio da mulher.

Quadro 7 – Resumo da análise do estudo de Murphy et al. (2008)

Murphy, D.J., Macleod, M., Bahl, R., Goyder, K., Howarth, L., & Strachan, B. (2008). A randomized controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicenter pilot study. <i>Br J Obstet Gynaecol</i> ; 115(13):1695-702.	
<b>Tipo de estudo/população</b>	Estudo controlado randomizado (randomized controlled trial-RCA), cujo objetivo foi comparar o uso de episiotomia seletiva e episiotomia de rotina em mulheres com parto eutócico.
<b>Intervenções</b>	Uso de episiotomia seletiva e de episiotomia de rotina.
<b>Resultados/outcomes</b>	Políticas baseadas na episiotomia seletiva, tais como: redução do trauma perineal posterior, menos necessidade de sutura e complicações na cicatrização, nenhuma diferença para a medida da dor e trauma vaginal ou perineal grave. A episiotomia de rotina foi realizada nas seguintes situações: sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e ameaça de laceração de 3.º grau ou ocorrência de laceração de 3.º grau em parto anterior. A episiotomia seletiva revela uma redução do risco de trauma do períneo posterior, mínima necessidade de sutura e menores complicações na cicatrização. A episiotomia continua a ser um procedimento realizado sem qualquer consentimento prévio da mulher.
<b>Conclusões</b>	O estabelecimento de estratégias com os profissionais de saúde e com as mulheres é necessário para diminuir a prática sistemática da episiotomia. A prática de episiotomia de rotina encontrava-se à volta de 46%. Com a implementação da episiotomia seletiva houve uma redução de mais de 1/3 da frequência da episiotomia de rotina. O decréscimo da frequência da realização de episiotomia resultou no seguimento das indicações seletivas.
<b>Análise crítica da qualidade</b>	95.0% (Anexo I)

Segue-se o resumo descritivo do estudo de Carroli e Belizán (2008) (cf. Quadro 8). Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, com o objetivo de fazer uma comparação entre o uso de episiotomia seletiva e episiotomia de rotina em 2.409 mulheres com parto eutócico, tendo sido incluídos como *corpus* de análise 6 estudos. Carroli e Belizán (2008) constataram que, das 2.409 mulheres do grupo de episiotomia de rotina, em 72,7% dos casos foi realizada a episiotomia. Entre as 2.441 mulheres do grupo de uso seletivo da episiotomia, esta foi feita em 27,6% das mulheres. Concluíram que a episiotomia seletiva em comparação com a de rotina está associada ao risco reduzido de traumatismo perineal posterior, menor necessidade de sutura e baixas complicações na cicatrização. Ficou demonstrado que há uma significativa redução nos scores de dor puerperal no grupo de episiotomia seletiva. Os autores concluíram que a iminência de laceração não é indicação para a episiotomia de rotina, pois não traz nenhum benefício demonstrável para a mãe ou para o feto.

Quadro 8 – Resumo da análise do estudo de Carroli e Belizán (2008)

Carroli, G., & Belizán, J. (2008). Episiotomía en el parto vaginal (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software.	
<b>Tipo de estudo/população</b>	Revisão sistemática da literatura, objetivando comparar o uso de episiotomia seletiva e episiotomia de rotina em mulheres com parto eutócico. Foram incluídos 6 estudos.
<b>Intervenções</b>	Uso de episiotomia seletiva e de episiotomia de rotina.
<b>Resultados/outcomes</b>	Das 2.409 mulheres do grupo de episiotomia de rotina, em 72,7% dos casos foi realizada a episiotomia. Entre as 2.441 mulheres do grupo de uso seletivo da episiotomia, esta foi feita em 27,6% delas. Os autores concluíram que a episiotomia seletiva em comparação com a de rotina resultou na redução de 20% de trauma perineal severo, 12% em trauma perineal posterior, 29% de dor perineal na alta e 71% nas complicações de cicatrização, com a episiotomia seletiva. Significativa redução nos scores de dor puerperal no grupo de episiotomia seletiva. Os autores concluíram que a iminência de laceração não é indicação para a episiotomia de rotina, pois não traz nenhum benefício demonstrável para a mãe ou para o feto.
<b>Conclusões</b>	Nos partos vaginais, a episiotomia seletiva, comparada com a episiotomia de rotina, associa-se a um menor risco de trauma de períneo posterior, a uma menor necessidade de sutura e a menos complicações na cicatrização e redução nos scores de dor puerperal no grupo de episiotomia seletiva.
<b>Análise crítica da qualidade</b>	87.5% (Anexo I)

No quadro 9 apresenta-se a síntese descritiva do estudo do *Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group* (2013), sendo um ensaio clínico randomizado e controlado feito com uma amostra de 2.606 mulheres, divididas num grupo de episiotomia seletiva e outro de episiotomia de rotina (1.555 nulíparas – 778 no grupo episiotomia seletiva e 777 no grupo episiotomia de rotina, e 1.051 primíparas – 520 no grupo de episiotomia seletiva e 531 no grupo episiotomia de rotina). A equipa de investigação concluiu que a episiotomia foi realizada em 30,1% dos partos eutócicos no grupo de episiotomia seletiva e 82,6% no grupo de episiotomia de rotina. O trauma perineal foi incomum em ambos os grupos, sendo menos frequente no grupo episiotomia seletiva (1,2% *versus* 1,4%).

Quadro 9 – Resumo da análise do estudo de Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group (2013)

Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group (2013). Routine vs selective episiotomy: a randomized control trial. <i>Lancet</i> , 342:1517-8.	
<b>Tipo de estudo/população</b>	O ensaio clínico randomizado e controlado feito com uma amostra de 2.606 mulheres, divididas num grupo de episiotomia seletiva e outro de episiotomia de rotina (1.555 nulíparas – 778 no grupo episiotomia seletiva e 777 no grupo episiotomia de rotina, e 1.051 primíparas – 520 no grupo de episiotomia seletiva e 531 no grupo episiotomia de rotina).
<b>Intervenções</b>	Uso de episiotomia seletiva e de episiotomia de rotina.
<b>Resultados/outcomes</b>	A episiotomia foi realizada em 30,1% dos partos eutócicos no grupo de episiotomia seletiva e 82,6% no grupo de episiotomia de rotina. O trauma perineal foi incomum em ambos os grupos, sendo menos frequente no grupo episiotomia seletiva (1,2% versus 1,4%). O uso de episiotomia seletiva resultou na preservação da resistência do assoalho pélvico, reduzindo-se a incidência dos prolapso uterinos, dos cistocelos e dos retocelos, para além da proteção das estruturas vaginais anteriores e posteriores, diminuindo o segundo período do parto. A episiotomia de rotina tem efeitos adversos: lesões ano-retais por episiotomias extensas, prolapso vaginal, fístula reto-vaginal, fístula anal, perdas hemáticas aumentadas, hematoma, dor e edema no local, infeção. A restrição ao uso da episiotomia apenas para indicações fetais permitiu um aumento significativo na frequência de períneos intactos de 29%, contra apenas 10% no grupo com indicação de rotina. Além disso, observou-se uma menor frequência de episiotomia, de 77% no grupo de rotina para 41% no grupo de episiotomia seletiva. Também houve significativa redução nos scores de dor puerperal no grupo de episiotomia seletiva.
<b>Conclusões</b>	A indicação da prematuridade para realização da episiotomia pode estar associada à intenção de abreviar o tempo expulsivo, reduzindo, assim, a compressão da cabeça fetal. A iminência de laceração não é indicação para a episiotomia de rotina, não resultando em nenhum benefício demonstrável para a mãe ou o feto. Nos partos vaginais, a episiotomia seletiva, comparada com a episiotomia realizada rotineiramente, associa-se a um menor risco de trauma do períneo posterior, a uma menor necessidade de sutura e a menos complicações na cicatrização.
<b>Análise crítica da qualidade</b>	95.0% (Anexo I)

## 2.1. Resultados da análise dos estudos

Tendo em conta que a avaliação crítica de uma revisão sistemática envolve dois processos: a análise da qualidade dos estudos e a análise estatística, neste capítulo procede-se à análise crítica dos resultados. No entanto, no presente estudo procedeu-se apenas à análise da qualidade dos estudos, tendo em conta a validade interna, a validade externa e o método estatístico usado em cada estudo e no conjunto.

Após a análise dos estudos selecionados, verificou-se um consenso acerca da realização da episiotomia seletiva, apontando os estudos para a preservação da resistência do assoalho pélvico, reduzindo-se a incidência dos prolapso uterinos, dos cistocelos e dos retocelos, para além da proteção das estruturas vaginais anteriores e posteriores, diminuindo o segundo período do parto, sendo este um resultado patente no estudo realizado pelo *Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group* (2013), indo ao encontro de outros estudos (Althabe, Belizán & Bergel, 2002; Aasheim, Nilsen, Lukasse & Reinar, 2011). Por sua vez, há

estudos, como o de Carvalho et al. (2010), que revelam que a realização da episiotomia de rotina não protege o assoalho pélvico, sendo causa de maior dor, sangramento e complicações intra e pós-operatórias. Baseando-se nesses resultados, os autores referem que não há justificativa para a manutenção da realização de episiotomia de forma rotineira ou generalizada.

Os estudos demonstram que a realização da episiotomia tem alguns benefícios para o feto, designadamente a diminuição da compressão da cabeça sobre o períneo, evitando lesões cerebrais e lesões perinatais (sofrimento fetal e distocia de ombros). Além destes benefícios, referem ainda que previne a asfixia neonatal, as lacerações perineais brandas ou severas, a necessidade de sutura para as lacerações perineais e a prevenção de incontinência urinária e distócias pélvicas, o que vai ao encontro da literatura específica (Lima, Silva, Souza & Souza, 2013). Os mesmos autores referem que os defensores da episiotomia sublinham a ação protetora desta intervenção, alegando várias razões, nomeadamente: a prevenção de lacerações no períneo; melhor cicatrização; redução da duração do segundo estágio do trabalho de parto; ampliação do canal vaginal nos casos em que há necessidade de manipulação para facilitar o nascimento e a facilidade na extração assistida por ventosa ou na utilização de fórceps.

Por outro lado, os opositores do seu uso apontam que as lacerações podem ocorrer mesmo com a realização da episiotomia. Referem que a dor e o desconforto resultante desta prática trazem consequências negativas maiores que as associadas às lacerações, maior perda sanguínea, dor, edema e disfunção sexual. Assim, Carroli e Belizán (2008) e Murphy et al. (2008) mencionam que a realização rotineira de episiotomias durante o parto consiste num cuidado provavelmente prejudicial ou ineficaz, o que é corroborado por Luque-Carro et al. (2011) e Hofmeyer (2001).

Carroli e Mignini (2008), no seu estudo, concluíram que a realização de episiotomia de forma rotineira pode implicar maior trauma perineal. Por outro lado, referem que a realização de episiotomia pode ser mais fácil de reparar e cicatrizar que uma laceração. No entanto, não é possível dissociar os efeitos adversos da realização de episiotomias: lesões ano-retais por episiotomias extensas, assimetria introito vaginal, prolapso vaginal, fístula reto-vaginal, fístula anal, perdas hemáticas aumentadas, hematoma, dor e edema no local, infeção, deiscência e disfunção sexual, sendo esta uma conclusão corroborada por Lowdermilk e Perry (2008).

O estudo do *Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group* (2013) demonstra que a restrição do uso da episiotomia unicamente para indicações fetais possibilitou um aumento significativo na frequência de períneos intactos de 29%, contra apenas 10% no grupo com

recurso à episiotomia de rotina. Observou-se uma menor frequência de episiotomia, de 77% no grupo de rotina para 41% no grupo de episiotomia seletiva, com a presença de significativa redução nos scores de dor puerperal no grupo de episiotomia seletiva. Os investigadores concluíram que a iminência de laceração não é indicação para a episiotomia de rotina, pois não traz nenhum benefício demonstrável para a mãe ou para o feto.

Ficou demonstrado que, nos partos vaginais, a episiotomia seletiva, comparada com a episiotomia de rotina, associa-se a um menor risco de trauma do períneo posterior, a uma menor necessidade de sutura e a menos complicações na cicatrização (Murphy et al., 2008; Carroli e Belizán, 2008; *Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group*, 2013). Carroli e Belizán (2008) verificaram que a episiotomia seletiva em comparação com a de rotina resultou na redução de 20% de trauma perineal severo, 12% em trauma perineal posterior, 29% de dor perineal na alta e 71% nas complicações de cicatrização, com a episiotomia seletiva.

Foi unânime a todos os artigos analisados que as lesões genitais no parto vaginal podem ser prevenidas por uma boa assistência, o que abarca a mudança de condutas, como a restrição do uso de episiotomia. Afirmam, ainda, que o tônus da musculatura da vagina depende mais do exercício e da consciência da mulher, da sua contração e relaxamento do que das episiotomias de rotina. É igualmente consensual que a episiotomia seletiva, quando comparada à de rotina em partos eutócicos, associa-se a menor risco de trauma de períneo posterior, a uma menor necessidade de sutura e a menos complicações na cicatrização. As evidências demonstram que o uso generalizado da episiotomia não reduz o risco de trauma perineal severo (lacerações de 3º e 4º graus), não previne lesões no polo cefálico fetal, nem melhora os scores do Apgar. Por outro lado, ficou demonstrado que a prática de episiotomia de rotina resulta numa maior perda sanguínea. Todavia, os estudos revelam que a prática rotineira da episiotomia reduz o risco do traumatismo perineal anterior. Os autores da revisão sistemática da literatura efetuada apontam para o facto de a episiotomia seletiva trazer maiores benefícios que a de rotina, com indicações para a sua prática em situações de sofrimento fetal, feto em apresentação pélvica, progressão insuficiente do parto e ameaça de laceração perineal de 3º grau.



## 1. Estudo Empírico II

De seguida procede-se à descrição dos procedimentos metodológicos do estudo empírico II.

### 1.1. Metodologia

Começa-se por fazer uma contextualização do problema em estudo, a partir do qual se formulam as questões de investigação e se delinham os objetivos. Descreve-se o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem adotada, o instrumento de recolha de dados utilizado, assim como os procedimentos realizados e o respetivo tratamento estatístico.

### 1.2. Métodos

A episiotomia é um procedimento cirúrgico quase universal, introduzida na prática clínica sem evidência científica que suportasse o seu benefício. O seu uso continua a ser generalizado, ainda que não cumpra a maioria dos objetivos pelos quais é justificado, ou seja, não reduz o risco de lesões perineais severas, não previne o desenvolvimento de relaxamento pélvico e não tem impacto na morbilidade ou mortalidade do recém-nascido (Borges et al., 2003).

Lima et al. (2013) dizem que a episiotomia surgiu para auxiliar os partos vaginais mais complicados, todavia, passou a ser indicada sistematicamente por ginecologistas desde 1918 e, entre 1915 e 1925, era usada periodicamente sob a justificativa de evitar traumas perineais, prevenir a morbimortalidade infantil e problemas ginecológicos, designadamente o retocelo, o cistocelo e o relaxamento da musculatura pélvica.

Vários estudos, retrospectivos e prospectivos, têm vindo a comparar o uso generalizado *versus* seletivo da episiotomia e, contrariamente ao defendido por vários autores e durante várias décadas, o uso seletivo associa-se a melhores resultados, nomeadamente, a uma diminuição das lesões severas e a um número significativo de períneos intactos, apesar de se ter igualmente verificado um aumento do número de lacerações anteriores. Deste modo, parece ser correto recomendar um uso seletivo da episiotomia, sendo 30% o valor sugerido por alguns autores (Aasheim et al., 2011; Lésico, 2014).

Carroli e Mignini (2008), no seu estudo, observaram que a realização de episiotomia de forma generalizada pode acarretar um maior trauma perineal. Os mesmos autores salientam que a realização de episiotomia pode ser mais fácil de reparar e cicatrizar que uma laceração. Contudo, não é possível dissociar os efeitos adversos da realização de episiotomias: lesões ano-retais por episiotomias extensas, assimetria introito vaginal, prolapso vaginal, fístula reto-vaginal, fístula anal, perdas hemáticas aumentadas, hematoma, dor e edema no local, infeção, deiscência e disfunção sexual (Lowdermilk & Perry, 2008).

De acordo com o apresentado, formulam-se as questões de investigação:

i) Qual a prevalência de episiotomia?

ii) Quais são os fatores (variáveis sociodemográficas, variáveis relativas ao recém-nascido, variáveis contextuais da gravidez e contextuais do parto) que influenciam na ocorrência de episiotomia?

Os objetivos do estudo são:

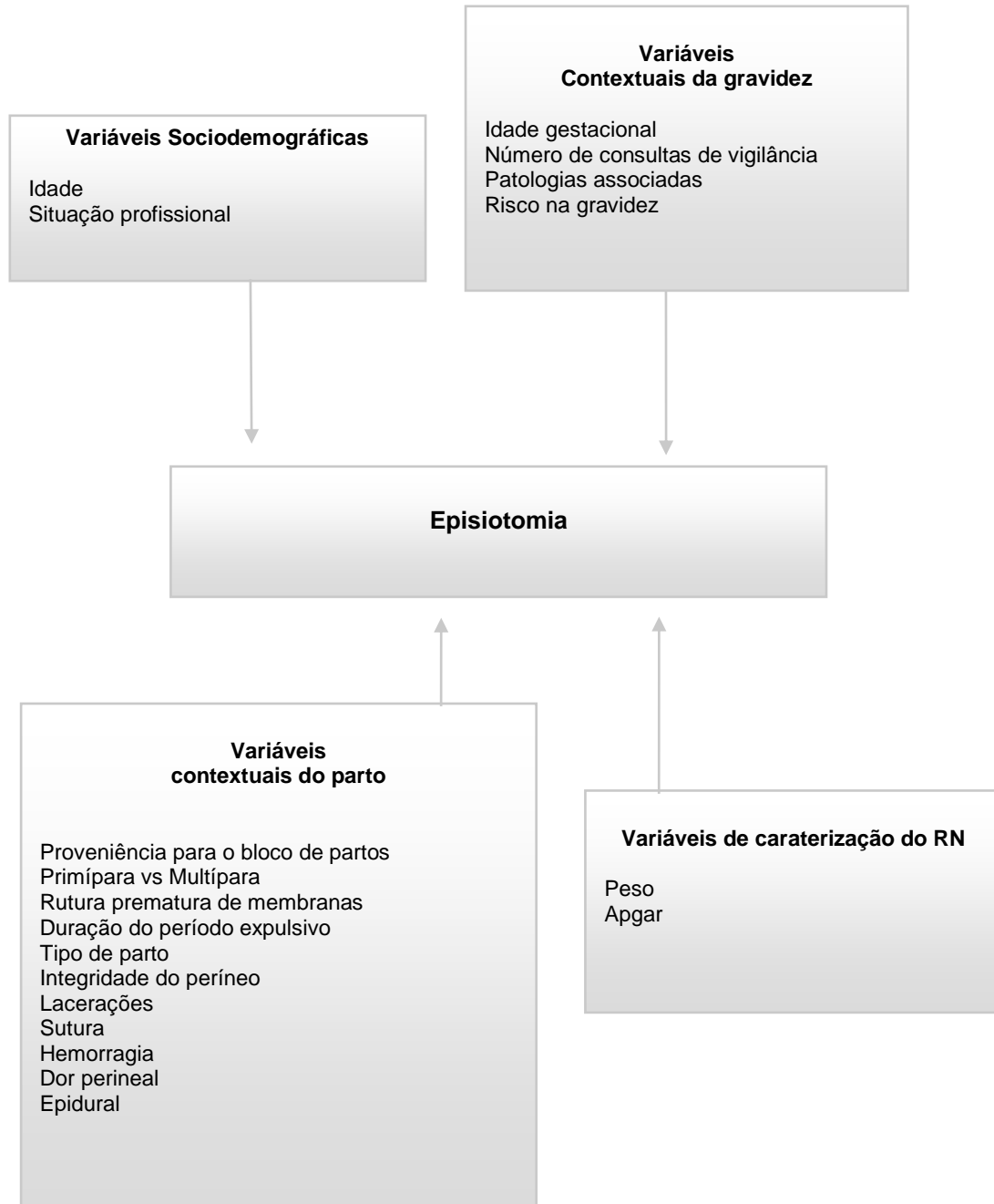
i) identificar a prevalência de episiotomia;

ii) averiguar quais são os fatores (variáveis sociodemográficas, variáveis relativas ao recém-nascido, variáveis contextuais da gravidez e contextuais do parto) que influenciam na ocorrência de episiotomia.

Nesta perspetiva e tendo em conta a revisão teórica, questões de investigação e os objetivos, elabora-se a representação esquemática, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis.

A figura 2 pretende aclarar as inter-relações das variáveis independentes e dependente explicativa da ocorrência de episiotomia.

Figura 2 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas



O estudo realizado enquadra-se num estudo quantitativo, transversal, descritivo e retrospectivo, na medida em que este tipo de estudo garante uma grande variedade de estudos descritivos (Coutinho, 2011). De um modo geral, o estudo visa “analisar a incidência, distribuição e relações entre variáveis que são estudadas tal qual existem, em contexto natural, sem manipulação, sendo quase sempre classificados em função desses três objetivos básicos: descrever, explicar ou ainda explorar” (Coutinho, 2011).

Assume-se como descritivo, uma vez que procura descobrir a incidência e a distribuição de determinados traços ou atributos de uma determinada população, sem que o

investigador os procure explicar. Assim, o presente estudo pode ser caracterizado como tal, na medida em que se estuda a distribuição do traço (variável) numa amostra representativa de mulheres do Serviço de Obstetrícia do CHCB, para que se possa da mesma inferir para a descrição na população de que a amostra foi extraída (Coutinho, 2011).

Trata-se igualmente de um estudo retrospectivo, uma vez que a recolha de dados ocorreu relativamente a todo o ano de 2014.

### 1.3. Participantes

Qualquer estudo de investigação impõe a seleção e limitação do seu campo por forma a identificar o que vai ser observado. Este estudo foi desenvolvido no serviço de Obstetrícia do CHCB. A seleção da amostra obedeceu ao seguinte critério de inclusão: mulheres que tiveram um parto vaginal com feto vivo após as 37 semanas de gestação. Definimos como amostra para o nosso trabalho as mulheres com idade  $\geq 18$  anos que tenham parido na Sala de Partos do CHCB.

Neste caso, a seleção dos participantes não se baseará em critérios rigorosos de inclusão na amostra, pelo que se pode referir que se trata de um processo de amostragem não probabilística por conveniência, constituído por mulheres cujos dados, acerca da realidade, foram selecionados em razão da sua presença num local (Serviço de Obstetrícia do CHCB), num dado momento (durante o ano de 2014) (Fortin, 2009), num total de 382 mulheres.

#### 1.3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

##### **Idade**

Quanto aos dados relativos à idade, para a globalidade da amostra, obteve-se uma idade mínima de 18 anos e uma máxima de 46 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 30,95 anos ( $\pm 5,451$  anos). O teste de aderência à normalidade de Kolmogorod-Smirnov (K/S) apresenta distribuição normal, revelando curvas enviesadas à esquerda e leptocurticas e o coeficiente de variação indica uma dispersão baixa face à idade média encontrada (cf. Tabela 1).

Esta variável foi operacionalizada tendo por base o conceito de extremos da vida reprodutiva de Graça (2005) a qual se situa antes dos 18 anos e após os 35 anos de idade.

As variáveis foram operacionalizadas em grupos com idade inferior ou igual a 34 anos ( $\leq 34$  anos) e maiores ou iguais a 35 anos ( $\geq 35$  anos).

Tabela 1 – Estatísticas relativas à idade

	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS	P
<b>Idade</b>	382	18	46	30,95	5,451	17,61	-1,63	-0,87	0,070	0,000

### Situação profissional

A Tabela 2 reporta-se aos resultados referentes à situação profissional das mulheres, os quais indicam que, para a globalidade da amostra, há um claro predomínio de participantes empregadas (74,1%), das quais 87,1% possuem idade igual ou superior aos 35 anos e 69,4% têm idade igual ou inferior aos 34 anos. Todavia, importa também salientar que 25,9% das mulheres estão em condição de desemprego, onde 30,6% correspondem às mulheres mais novas e 12,9% às mulheres com mais idade, com relevância estatística ( $X^2=12,169$ ;  $p=0,000$ ).

Tabela 2 – Situação profissional e idade

Idade	$\leq 34$ anos		$\geq 35$ anos		Total		Residuais		$X^2$	p
	N (281)	% (73.6)	N (101)	% (26.4)	N (382)	% (100.0)	1	2		
<b>Situação profissional</b>										
Empregada	195	69,4	88	87,1	283	74,1	-3,5	3,5	12,169	0,000
Desempregada	86	30,6	13	12,9	99	25,9	3,5	-3,5		
Total	281	100,0	101	100,0	382	100,0				

#### 1.4. Instrumento de recolha de dados

O instrumento de recolha de dados (Anexo II) utilizado teve como suporte o programa informático Microsoft Excel. Foram criados um conjunto de itens cuja composição final reflete, preocupações de carácter temporal e de conteúdo, tentando simultaneamente obter um instrumento que possa ser operacionalizado num período de tempo razoável e abranger uma diversidade de instrumentos que permitam medir as variáveis pertinentes, para alcançar os objetivos definidos. Este foi preenchido através de consulta dos diferentes processos clínicos seleccionados.

O registo dos mesmos foi em formato Excel e, posteriormente, configurados em formato SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para tratamento estatístico.

### 1.5. Procedimentos

Em qualquer trabalho de investigação os direitos fundamentais das pessoas e as disposições ético-legais têm de ser tidas em atenção.

Teve-se sempre em consideração a necessidade do consentimento institucional para aplicação do instrumento de colheita de dados, motivo pelo qual foi solicitada a autorização ao Conselho de Administração do CHCB (Anexo III) onde foi implementado o estudo. No referido pedido de autorização expôs-se o tema e a finalidade do estudo, ao mesmo tempo que se garantia a disponibilidade dos resultados obtidos para o desenvolvimento de investigações futuras.

Foi garantida a confidencialidade, o anonimato de todos os dados colhidos relativos às participantes, bem como de todos os princípios éticos e morais inerentes aos dados.

### 1.6. Análise de dados

Para o tratamento estatístico recorreu-se à estatística descritiva utilizando o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22.0 (2014) para *Windows*.

Com a estatística descritiva, foram determinadas frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (média e mediana), medidas de dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação), medidas de forma (assimetria Skewness (SK) e achatamento curtose (K)) e medidas de associação (correlação de Pearson), em consonância com as características das variáveis em estudo.

Em relação ao coeficiente de variação que compara a dispersão das variáveis de natureza quantitativa são utilizados os seguintes valores de referência (Pestana & Gageiro 2014):

- $CV \leq 15\%$  - Dispersão Fraca;
- $15\% < CV \leq 30\%$  - Dispersão Média ou moderada
- $CV > 30\%$  - Dispersão Elevada.

Quanto às medidas de associação fez-se uso do coeficiente de correlação de Pearson que é uma medida de associação linear no estudo de variáveis quantitativas. O valor de “r” oscila entre -1 e +1. No caso da correlação se apresentar negativa, diz-se que há uma correlação inversa, isto é, o aumento dos índices numa das variáveis está associado, em média, à diminuição da outra; se for positiva a correlação diz-se direta, o que significa que quando aumenta ou diminui o índice numa das variáveis ocorre fenómeno idêntico na outra variável. A comparação do coeficiente deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação ( $R^2$ ) que multiplicado por 100 indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra. Acresce referir que tanto R como  $R^2$  exprimem relações de causalidade.

Optou-se também, neste estudo, pelo teste de Qui-quadrado ( $\chi^2$ ), que é um teste não paramétrico que reflete o tamanho das diferenças entre as frequências observadas e esperadas, usado no estudo de relação entre duas variáveis de natureza nominal. Em algumas circunstâncias aplicámos os valores residuais em detrimento do teste de Qui-quadrado, dado que em muitas das variáveis em estudo, o tamanho das subamostras não permitia o uso do referido teste. Referem Pestana e Gageiro (2014) que a utilização dos resíduos ajustados em variáveis nominais se tornam mais potentes que o teste de qui-quadrado dado que informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis. A interpretação destes valores necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna. Quando se verifica relação entre as variáveis, os resíduos ajustados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para um nível de significância de 5%.

Na análise estatística, utilizámos os seguintes níveis de significância:

$p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa

$p < 0.01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa

$p < 0.001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa

$p > 0.05$  n.s. - diferença estatística não significativa

A apresentação dos resultados foi efetuada com recurso a tabelas, nas quais constam os dados mais relevantes.



## **2. Resultados**

Neste capítulo procedemos à análise e interpretação dos resultados obtidos da análise descritiva, de acordo com o esquema conceptual de base previamente elaborado. Esta análise tem como objetivo organizar e resumir os dados de forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação. Por sua vez, a interpretação procura dar um sentido mais amplo às respostas, o que é feito mediante a sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos.

### **2.1. Análise descritiva**

Neste subcapítulo, destinado à análise descritiva dos dados obtidos, são evidenciadas um conjunto de características da amostra em relação às diversas variáveis em estudo.

A apresentação dos dados consiste no fornecimento de todos os resultados pertinentes, procurando-se enfatizar os resultados mais relevantes, diretamente relacionados com os objetivos da investigação em causa.

#### **2.1.1. Variáveis contextuais da gravidez**

##### **Idade gestacional**

Fazendo uma análise dos resultados tendo em conta a idade gestacional das mulheres, para a totalidade da amostra, verifica-se uma idade mínima gestacional de 37 semanas e uma máxima de 41 semanas, correspondendo a uma idade gestacional média de 39,20 semanas ( $\pm 1,082$  semanas). O teste de aderência à normalidade de Kolmogorod-Smirnov (K/S) apresenta distribuição normal, revelando curvas enviesadas à esquerda e leptocurticas. Já o coeficiente de variação indicia uma dispersão baixa face à idade média gestacional encontrada (cf. Tabela 3)

Tabela 3 – Estatísticas relativas à idade gestacional

	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS	P
<b>Idade</b>	382	37	41	39,20	1,082	3,58	-1,40	-2,21	0,176	0,000

Fazendo-se uma análise da idade gestacional em função da idade cronológica, constata-se que o grupo com maior representatividade é o das mulheres com idade gestacional de 39 semanas (34,8%), sendo 33,8% as mais novas em termos de idade cronológica e 37,6% as que têm mais idade. Observa-se também que 28,5% das mulheres apresenta idade gestacional de 40 semanas, das quais 28,5% têm idade igual ou inferior aos 34 anos e 28,7% idade igual ou superior aos 35 anos. A diferença entre as faixas etárias quanto à idade gestacional é estatisticamente significativa ( $X^2=11,816$ ;  $p=0,019$ ) (cf. Tabela 4).

Tabela 4 – Idade gestacional e idade cronológica

Idade cronológica	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	P
	N (281)	% (73.6)	N (101)	% (26.4)	N (382)	% (100.0)	1	2		
<b>Idade gestacional</b>										
37 semanas	13	4,6	13	12,9	26	6,8	-2,8	2,8	11,816	0,019
38 semanas	55	19,6	14	13,9	69	18,1	1,3	-1,3		
39 semanas	95	33,8	38	37,6	133	34,8	-,7	,7		
40 semanas	80	28,5	29	28,7	109	28,5	,0	,0		
41 semanas	38	13,5	7	6,9	45	11,8	1,8	-1,8		
Total	281	100,0	101	100,0	382	100,0				

De acordo com a Correlação de Pearson apresentada na Tabela 5, observa-se que existe uma correlação negativa ( $r=-0,101$ ) entre a idade cronológica vs. idade gestacional e entre a idade gestacional vs. idade cronológica ( $r=-0,101$ ), com diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 5 – Matriz de Correlação de Pearson entre a idade cronológica e a idade gestacional

	Idade cronológica	Idade gestacional
Idade cronológica	--	-,101*
Idade gestacional	-,101*	--

\*  $p < 0,001$

## Vigilância

Em relação à vigilância durante a gravidez, constata-se que a grande maioria das mulheres foram vigiadas (97,4%), independentemente da idade que possuem (97,8% =< 34 anos vs. 96,0% =>35 anos) (cf. Tabela 6).

Tabela 6 – Vigilância durante a gravidez e idade

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	Nº (279)	% (73.6)	Nº (100)	% (26.4)	Nº (379)	% (100.0)	1	2		
<b>Vigilância</b>										
Sim	273	97,8	96	96,0	369	97,4	1,0	-1,0	0,980	0,322
Não	6	2,2	4	4,0	10	2,6	-1,0	1,0		
Total	279	100,0	100	100,0	379	100,0				

## Número de consultas de vigilância

Decorrente da situação anterior e tendo-se em conta o número de consultas de vigilância durante a gravidez, para a totalidade da amostra, observa-se um mínimo de 0 (zero) consultas e um máximo de 16, ao que corresponde uma média de 9,38 consultas ( $\pm 2,411$  consultas). O teste de aderência à normalidade de Kolmogorod-Smirnov (K/S) apresenta distribuição normal, revelando curvas enviesadas à esquerda e leptocurticas. O coeficiente de variação revela uma dispersão moderada face à média de consultas encontrada (cf. Tabela 7)

Tabela 7 - Estatísticas relativas ao número de consultas de vigilância

	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS	p
<b>N.º de consultas</b>	382	0	16	9,38	2,411	25,70	-4,58	5,00	0,139	0,000

Dando continuidade à análise dos resultados, podemos afirmar que mais de metade da amostra foi vigiada, na medida em que 94,2% das mulheres tiveram 6 ou mais consultas de vigilância, das quais 94,3% têm <=34 anos e 94,0% possuem >=35 anos, somente 5,8% da participantes não foram vigiadas, o que decorre do facto de se considerar que 5 ou menos consultas correspondem a uma situação de não vigilância (cf. Tabela 8).

Tabela 8 – Número de consultas de vigilância e idade

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (279)	% (73.6)	N (100)	% (26.4)	N (379)	% (100.0)	1	2		
<b>N.º de consultas</b>										
<= 5 consultas	16	5,7	6	6,0	22	5,8	-,1	,1	0,009	0,922
>= 6 consultas	263	94,3	94	94,0	357	94,2	,1	-,1		
Total	279	100,0	100	100,0	379	100,0				

### Patologias associadas à gravidez

Tentou-se saber se as mulheres tinham alguma patologia associada à gravidez. Os resultados evidenciam que a grande maioria (87,4%) não tinha qualquer patologia, fazendo parte deste grupo 90,0% das participantes mais novas e 80,2% das mais velhas. No entanto, verifica-se também que 12,6% das mulheres tinham patologia, resultando em relevância estatística ( $X^2=6,545$ ;  $p=0,011$ ) (cf. Tabela 9).

Tabela 9 – Presença de patologias associadas à gravidez e idade

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (281)	% (73.6)	N (101)	% (26.4)	N (382)	% (100.0)	1	2		
<b>Patologias</b>										
Sim	28	10,0	20	19,8	48	12,6	-2,6	2,6	6,545	0,011
Não	253	90,0	81	80,2	334	87,4	2,6	-2,6		
Total	281	100,0	101	100,0	382	100,0				

### Idade cronológica e risco na gravidez

Fazendo-se uma análise dos resultados expostos na Tabela 10, pode dizer-se que as mulheres com gravidez de risco, maioritariamente, possuem idade igual ou inferior os 34 anos (55,9%), registando-se, de igual modo, que é neste grupo onde o valor percentual é mais elevado para as mulheres sem gravidez de risco (76,9%), com relevância estatística ( $X^2=11,249$ ;  $p=0,001$ ).

Tabela 10 – Risco na gravidez e idade

Risco na gravidez	Gravidez de risco		Gravidez sem risco		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (59)	% (15.6)	N (320)	% (84.4)	N (379)	% (100.0)	1	2		
<b>Idade cronológica</b>										
<= 34 anos	33	55,9	246	76,9	279	73,6	-3,4	3,4	11,249	0,001
>= 35 anos	26	44,1	74	23,1	100	26,4	3,4	-3,4		
Total	59	100,0	320	100,0	379	100,0				

### Vigilância na gravidez e risco na gravidez

Reportando-nos, agora, ao risco na gravidez em função da vigilância, afere-se que, para além de as mulheres serem ou não vigidas na gravidez, prevalecem as que têm gravidez de risco (93,2%) e sem gravidez de risco (93,4%) (cf. Tabela 11).

Tabela 11 – Risco na gravidez e vigilância na gravidez

Risco na gravidez	Gravidez de risco		Gravidez sem risco		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (59)	% (15.6)	N (320)	% (84.4)	N (379)	% (100.0)	1	2		
<b>Vigilância</b>										
Vigiada	55	93,2	299	93,4	354	93,4	-,1	,1	0,004	0,951
Não vigiada	4	6,8	21	6,6	25	6,6	,1	-,1		
Total	59	100,0	320	100,0	379	100,0				

### Idade gestacional e risco na gravidez

Em relação à análise dos resultados referentes à idade gestacional em função de uma gravidez de risco, a mesma revela que predominam, no grupo de mulheres com gravidez de risco, as que têm 39 e 40 semanas de idade gestacional, com igual percentual (30,5%), sucedendo-se as que possuem 38 semanas de idade gestacional. Já no grupo de grávidas sem gravidez de risco, existe uma preponderância das que têm 39 semanas de idade gestacional (35,3%) e das que têm 40 semanas (28,4%) (cf. Tabela 12).

Tabela 12 – Risco na gravidez e idade gestacional

Risco na gravidez	Gravidez de risco		Gravidez sem risco		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (59)	% (15.6)	N (320)	% (84.4)	N (379)	% (100.0)	1	2		
<b>Idade gestacional</b>										
37 semanas	3	5,1	23	7,2	26	6,9	-,6	,6	1,294	0,862
38 semanas	13	22,0	56	17,5	69	18,2	,8	-,8		
39 semanas	18	30,5	113	35,3	131	34,6	-,7	,7		
40 semanas	18	30,5	91	28,4	109	28,8	,3	-,3		
41 semanas	7	11,9	37	11,6	44	11,6	,1	-,1		
Total	59	100,0	320	100,0	379	100,0				

### 2.1.2. Variáveis contextuais do parto

#### Proveniência para o bloco de partos

Apresentamos, seguidamente, os resultados referentes à proveniência das mulheres para o bloco de partos. Assim, na totalidade da amostra, predominam as que vieram da urgência, representando 62,2% da totalidade da amostra. Numa análise por faixas etárias, os resultados indicam que 64,0% têm idade igual ou inferior aos 34 anos e 57,0% idade igual ou superior aos 35 anos. Diferenciam-se, no entanto, as mulheres que

cuja proveniência foi o internamento (37,8%), com destaque para as mais velhas (43,0% vs. 36,0%) (cf. Tabela 13).

Tabela 13 – Proveniência para o bloco de partos e idade

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (278)	% (73.5)	N (100)	% (26.5)	N (378)	% (100.0)	1	2		
<b>Proveniência</b>										
Urgência	178	64,0	57	57,0	235	62,2	1,2	-1,2	1,545	0,214
Internamento	100	36,0	43	43,0	143	37,8	-1,2	1,2		
Total	278	100,0	100	100,0	378	100,0				

### Rutura prematura de membranas

Em relação à rotura prematura de membranas (RPM), os dados indicam que, na totalidade da amostra, prevalecem as mulheres cujo evento foi espontâneo, representando 69,9% das mulheres mais novas e 76,5% das mais velhas. Verifica-se também que 28,4% das parturientes tiveram uma rotura de membranas artificial, correspondendo 30,1% às que possuem idade igual ou inferior aos 34 anos e 23,5% às que têm idade igual ou superior aos 35 anos (cf. Tabela 14).

Tabela 14 – Rotura prematura de membranas e idade

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (279)	% (74.0)	N (98)	% (26.0)	N (377)	% (100.0)	1	2		
<b>RPM</b>										
Espontânea	195	69,9	75	76,5	270	71,6	-1,3	1,3	1,572	0,210
Artificial	84	30,1	23	23,5	107	28,4	1,3	-1,3		
Total	279	100,0	98	100,0	377	100,0				

### Duração do período expulsivo do parto

Relativamente à duração do período expulsivo do parto, e em conformidade com os resultados indicado na Tabela 15, verifica-se que, na totalidade da amostra, prevalecem as parturientes com um período expulsivo inferior a 30 minutos. Fazendo-se uma análise por grupos etários, 91,4% das puérperas possuem idade igual ou inferior aos 34 anos e 89,7% idade igual ou superior aos 35 anos.

Tabela 15 – Duração do período expulsivo do parto e idade

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (278)	% (74.1)	N (97)	% (25.9)	N (375)	% (100.0)	1	2		
<b>Duração do período expulsivo do parto</b>										
> 45 minutos	8	2,9	2	2,1	10	2,7	,4	-,4	0,899	0,638
30-45 minutos	16	5,8	8	8,2	24	6,4	-,9	,9		
< 30 minutos	254	91,4	87	89,7	341	90,9	,5	-,5		
Total	278	100,0	98	100,0	375	100,0				

### Tipo de parto

A análise dos resultados indica que, na totalidade da amostra, predominam as puérperas com parto eutócico (80,4%), das quais 79,0% têm idade igual ou inferior aos 34 anos e 84,2% idade igual ou superior aos 35 anos. Constatase que 15,4% das mulheres teve um parto com intervenção de ventosa (15,4%), fazendo parte deste grupo 16,0% das mais novas e 13,9% das mais velhas (cf. Tabela 16).

Tabela 16 – Tipo de parto e idade

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (281)	% (73.6)	N (101)	% (26.4)	N (382)	% (100.0)	1	2		
<b>Tipo de parto</b>										
Eutócico	222	79,0	85	84,2	307	80,4	-1,1	1,1	2,153	0,541
Ventosa	45	16,0	14	13,9	59	15,4	,5	-,5		
Forceps	13	4,6	2	2,0	15	3,9	1,2	-1,2		
Pélvico	1	0,4	-	-	1	0,3	,6	-,6		
Total	281	100,0	101	100,0	382	100,0				

### Idade gestacional e tipo de parto

Analisando os resultados da idade gestacional e o tipo de parto, nota-se que, no grupo de mulheres com um parto eutócico, o percentual mais elevado corresponde às que possuem 39 semanas (36,5%), seguindo-se as que possuem 40 semanas de idade gestacional (28,3%) e as que possuem 38 semanas de idade gestacional (17,9%). Já no grupo de mulheres com parto distócico, similarmente predominam as mulheres com idade gestacional de 40 semanas (29,3%), seguindo-se as que possuem 39 semanas (28,0%) e 38 semanas (18,7%) de idade gestacional (cf. Tabela 17).

Tabela 17 – Idade gestacional e tipo de parto

Tipo de parto	Eutócico		Distócico		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (307)	% (80.4)	N (75)	% (19.6)	N (382)	% (100.0)	1	2		
<b>Idade gestacional</b>										
37 semanas	21	6,8	5	6,7	26	6,8	,1	-,1	3,731	0,444
38 semanas	55	17,9	14	18,7	69	18,1	-,2	,2		
39 semanas	112	36,5	21	28,0	133	34,8	1,4	-1,4		
40 semanas	87	28,3	22	29,3	109	28,5	-,2	,2		
41 semanas	32	10,4	13	17,3	45	11,8	-1,7	1,7		
Total	307	100,0	75	100,0	382	100,0				

### Episiotomia

Reportando-nos à prevalência de episiotomia em mulheres primíparas, verifica-se que, na totalidade da amostra, em 71,1% dos casos houve recurso à episiotomia. Fazendo-se uma análise por idades, a mesma foi usada em 72,4% das mulheres com idade igual ou inferior aos 34 anos e em 67,3% das mulheres com idade igual ou superior aos 35 anos. Apenas, se verifica que não se procedeu à episiotomia em 28,9% da amostra (cf. Tabela 18).

Tabela 18 – Episiotomia em primíparas e idade

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (145)	% (73.6)	N (52)	% (26.4)	N (379)	% (100.0)	1	2		
<b>Episiotomia</b>										
Sim	105	72,4	35	67,3	140	71,1	,7	-,7	0,485	0,486
Não	40	27,6	17	32,7	57	28,9	-,7	,7		
Total	145	100,0	52	100,0	197	100,0				

Em relação à presença da episiotomia em mulheres múltíparas, verifica-se que, na totalidade da amostra, prevalecem os casos em que não ocorreu (55,5%), incluindo-se neste grupo 55,2% das mulheres mais novas e 56,3% das mais velhas. Todavia, em 44,5% dos casos ocorreu a episiotomia, com uma representatividade de 44,8% de mulheres mais novas e de 43,8% das mulheres com mais idade (cf. Tabela 19).

Tabela 19 – Episiotomia em múltíparas e idade

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (134)	% (73.6)	N (48)	% (26.4)	N (182)	% (100.0)	1	2		
<b>Episiotomia</b>										
Sim	60	44,8	21	43,8	81	44,5	,1	-,1	0,015	0,902
Não	74	55,2	27	56,3	101	55,5	-,1	,1		
Total	134	100,0	48	100,0	182	100,0				

Na Tabela 20 encontram-se os resultados relativos aos casos de episiotomia, independentemente de as mulheres serem primíparas ou multíparas, do que se verifica que, na totalidade da amostra, em mais de metade dos casos ocorreu episiotomia (58,3%), enquanto em 41,7% regista-se a sua inexistência. Fazendo-se uma leitura dos resultados em função dos grupos etários, prevalecem, na faixa etária igual ou inferior aos 34 anos, as mulheres que foram sujeitas a episiotomia (59,1%), bem como no grupo das que possuem idade igual ou superior aos 35 anos (56,0%).

Tabela 20 – Episiotomia e idade

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (279)	% (73.6)	N (100)	% (26.4)	N (379)	% (100.0)	1	2		
<b>Episiotomia</b>										
Sim	165	59,1	56	56,0	221	58,3	,5	-,5	0,299	0,585
Não	114	40,9	44	44,0	158	41,7	-,5	,5		
Total	279	100,0	100	100,0	379	100,0				

### Integridade do períneo

A Tabela 21 reporta-se aos resultados referentes à integridade do períneo na amostra de mulheres primíparas. Assim, constata-se que quase a totalidade da amostra (99,0%) das mulheres não apresentavam integridade do períneo, quer em relação às mulheres com menos idade (98,8%), quer ao nível das que possuem mais idade (100,0%).

Tabela 21 – Integridade do períneo em primíparas e idade

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (167)	% (73.6)	N (36)	% (26.4)	N (203)	% (100.0)	1	2		
<b>Integridade do períneo</b>										
Não	165	98,8	36	100,0	201	99,0	-,7	,7	0,435	0,509
Sim	2	1,2	-	-	2	1,0	,7	-,7		
Total	167	100,0	36	100,0	203	100,0				

Dando continuidade aos resultados, agora na amostra de mulheres multíparas, afere-se que continua a verificar-se uma maioria de mulheres sem integridade perineal (90,9%), independentemente da faixa etária (92,0% <=34 vs. 89,1% >=35 anos). Poucas são as participantes que revelam integridade do períneo (9,1%) (cf. Tabela 22).

Tabela 22 – Integridade do períneo em multíparas e idade

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (112)	% (63.6)	N (64)	% (36.4)	N (176)	% (100.0)	1	2		
<b>Integridade do períneo</b>										
Não	103	92,0	57	89,1	160	90,9	,6	-,6	0,415	0,519
Sim	9	8,0	7	10,9	16	9,1	-,6	,6		
Total	112	100,0	64	100,0	176	100,0				

Reportando-nos à análise dos resultados da integridade do períneo, sem discriminação de as mulheres serem primíparas ou multíparas, conforme indica a Tabela 23, na totalidade da amostra há um claro predomínio de participantes sem integridade perineal (95,3%), independentemente da idade (96,1%  $\leq 34$  vs. 93,0%  $\geq 35$  anos), só em 4,7% dos casos é que se regista a integridade do períneo.

Tabela 23 – Integridade do períneo e idade

Idade	$\leq 34$ anos		$\geq 35$ anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (279)	% (73.6)	N (100)	% (26.4)	N (379)	% (100.0)	1	2		
<b>Integridade do períneo</b>										
Não	268	96,1	93	93,0	361	95,3	1,2	-1,2	1,521	0,217
Sim	11	3,9	7	7,0	18	4,7	-1,2	1,2		
Total	279	100,0	100	100,0	379	100,0				

### Laceração

Relativamente à presença de laceração em mulheres primíparas, os resultados revelam que, na totalidade da amostra, há um predomínio de mulheres com laceração de grau I (64,8%), seguindo-se as primíparas com laceração de grau II (32,1%) e, com menor representatividade, as que sofreram a laceração de grau III (3,4%). Fazendo-se uma análise por idade, constata-se que em ambos os grupos etários prevalecem as primíparas com laceração de grau I (66,7%  $\leq 34$  anos vs. 60,7%  $\geq 35$  anos), sendo esta uma situação análoga nos casos de laceração de grau II (31,7%  $\leq 34$  anos vs. 32,1%  $\geq 35$  anos) (cf. Tabela 24). Não foram consideradas as lacerações de grau IV por não constarem dos dados recolhidos.

Tabela 24 – Laceração em primíparas e idade

Idade	$\leq 34$ anos		$\geq 35$ anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (60)	% (68.2)	N (28)	% (31.8)	N (88)	% (100.0)	1	2		
<b>Laceração</b>										
Laceração de grau I	40	66,7	17	60,7	57	64,8	,5	-,5	1,785	0,410
Laceração de grau II	19	31,7	9	32,1	28	31,8	,0	,0		
Laceração de grau III	1	1,7	2	7,1	3	3,4	-1,3	1,3		
Total	60	100,0	28	100,0	88	100,0				

A Tabela 25 reporta-se aos casos de laceração em multíparas, donde se verifica que, na totalidade da amostra, prevalecem as mulheres com laceração de grau I (64,8%), seguindo-se os casos de laceração de grau II (33,3%). Pormenorizando em função da idade, predominam, em ambos os grupos etários, as multíparas com laceração de grau I (67,1%  $\leq 34$  anos vs. 57,5%  $\geq 35$  anos), o que é reiterante nos casos de laceração de grau II (30,5%  $\leq 34$  anos vs. 42,3%  $\geq 35$  anos).

Tabela 25 – Laceração em múltiparas e idade

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (82)	% (75.9)	N (26)	% (24.1)	N (108)	% (100.0)	1	2		
<b>Laceração</b>										
Laceração de grau I	55	67,1	15	57,7	70	64,8	,9	-,9	1,730	0,421
Laceração de grau II	25	30,5	11	42,3	36	33,3	-1,1	1,1		
Laceração de grau III	2	2,4	-	-	2	1,9	,8	-,8		
Total	82	100,0	26	100,0	108	100,0				

Na Tabela 26 estão expostos os resultados da prevalência de laceração na amostra em estudo, donde se infere que, na globalidade, o percentual mais expressivo recaiu na laceração de grau I (64,8%), seguindo-se a laceração de grau II (32,7%). Uma leitura em conformidade com a idade permite dizer que, em ambos os grupos etários, há uma incidência da laceração de grau I (66,9% <=34 anos vs. 59,3% >=35 anos) e de grau II (31,0% <=34 anos vs. 37,0% >=35 anos).

Tabela 26 – Laceração e idade

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (142)	% (72.4)	N (54)	% (27.6)	N (196)	% (100.0)	1	2		
<b>Laceração</b>										
Laceração de grau I	95	66,9	32	59,3	127	64,8	1,0	-1,0	1,180	0,554
Laceração de grau II	44	31,0	20	37,0	64	32,7	-,8	,8		
Laceração de grau III	3	2,1	2	3,7	5	2,6	-,6	,6		
Total	142	100,0	54	100,0	196	100,0				

## Sutura

Quanto à realização de sutura, apura-se que esta ocorreu na grande maioria da amostra (95,0%), mais concretamente, em 93,9% das mulheres mais novas e em 97,% das mulheres com mais idade. Apenas em 5,0% não ocorreu sutura (cf. Tabela 27).

Tabela 27 – Realização de sutura e idade

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (281)	% (74.1)	N (98)	% (25.9)	N (379)	% (100.0)	1	2		
<b>Sutura</b>										
Sim	264	93,9	96	97,9	360	95,0	-,3	,3	0,104	0,747
Não	17	6,1	2	2,1	19	5,0	,3	-,3		
Total	281	100,0	98	100,0	379	100,0				

## Hemorragia

No que concerne à ocorrência de hemorragia, conforme mostram os resultados expostos na Tabela 28, há um claro predomínio de mulheres em que esta não aconteceu (98,4%), independentemente da sua faixa etária (98,9%  $\leq$ 34 anos vs. 96,9%  $\geq$ 35 anos), tendo apenas ocorrido hemorragia em 1,6% dos casos.

Tabela 28 – Ocorrência de hemorragia e idade

Idade	$\leq$ 34 anos		$\geq$ 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (281)	% (74.1)	N (98)	% (25.9)	N (379)	% (100.0)	1	2		
<b>Ocorrência de hemorragia</b>										
Sim	3	1,1	3	3,1	6	1,6	-1,4	1,4	1,853	0,173
Não	278	98,9	95	96,9	373	98,4	1,4	-1,4		
Total	281	100,0	98	100,0	379	100,0				

## Dor perineal

Reportando-se os resultados agora à ocorrência de dor perineal, pode constatar-se, pela leitura dos resultados da Tabela 29, que a maioria das mulheres (88,7%) teve dor perineal, das quais 87,2% possuem idade igual ou inferior aos 34 anos e 92,9% situa-se na faixa etária igual ou superior aos 35 anos. Em 11,3% das mulheres não ocorreu dor perineal, sobretudo, em 12,8% das mulheres mais novas.

Tabela 29 – Ocorrência de dor perineal e idade

Idade	$\leq$ 34 anos		$\geq$ 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (281)	% (74.1)	N (98)	% (25.9)	N (379)	% (100.0)	1	2		
<b>Ocorrência de dor perineal</b>										
Sim	245	87,2	91	92,9	336	88,7	-1,5	1,5	2,321	0,128
Não	36	12,8	7	7,1	43	11,3	1,5	-1,5		
Total	281	100,0	98	100,0	379	100,0				

## Epidural

Em relação à ocorrência de epidural, conforme revelam os dados expostos na Tabela 30, na totalidade da amostra, prevalecem as mulheres que não lhe foi induzida epidural (75,4%), das quais 74,6% possuem idade igual ou inferior aos 34 anos e 77,6% têm idade igual ou superior aos 35 anos, enquanto em 22,4% das participantes foi-lhes induzida a epidural, com predomínio das mulheres mais novas (25,4%).

Tabela 30 – Ocorrência de epidural e idade

Idade	<= 34 anos		>= 35 anos		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (280)	% (74.1)	N (98)	% (25.9)	N (378)	% (100.0)	1	2		
<b>Ocorrência de epidural</b>										
Sim	71	25,4	22	22,4	93	24,6	,6	-,6	0,331	0,565
Não	209	74,6	76	77,6	285	75,4	-,6	,6		
Total	280	100,0	98	100,0	378	100,0				

### Episiotomia e tipo de parto

Apresenta-se, seguidamente, os resultados referentes à episiotomia e tipo de parto. Numa análise aos valores globais, é notório o grupo de mulheres com parto eutócico (80,5%), das quais 81,9% foi sujeita a episiotomia, contrariamente a 78,5%. Em 18,1% das mulheres com parto distócico ocorreu o uso da episiotomia, contrariamente a 21,5% das restantes participantes.

Tabela 31 – Episiotomia e tipo de parto

Episiotomia	Sim		Não		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	P
	N (221)	% (58.3)	N (158)	% (41.7)	N (379)	% (100.0)	1	2		
<b>Tipo de parto</b>										
Eutócico	181	81,9	124	78,5	305	80,5	,8	-,8	0,686	0,408
Distócico	40	18,1	34	21,5	74	19,5	-,8	,8		
Total	221	100,0	158	100,0	379	100,0				

### Episiotomia e duração do período expulsivo

Ao analisar-se os resultados da Tabela 32, apura-se que 90,9% da amostra teve como tempo de duração do período expulsivo menor que 30 minutos, sendo este o grupo onde se verificam os percentuais mais elevados quer para as mulheres com episiotomia (92,2%), quer para aquelas em que a mesma não ocorreu (89,0%).

Tabela 32 – Episiotomia e duração do período expulsivo

Episiotomia	Sim		Não		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	P
	N (219)	% (58.7)	N (154)	% (41.3)	N (373)	% (100.0)	1	2		
<b>Duração do Período Expulsivo</b>										
> 45 minutos	5	2,3	5	3,2	10	2,7	-,6	,6	1,172	0,557
30-45 minutos	12	5,5	12	7,8	24	6,4	-,9	,9		
< 30 minutos	202	92,2	137	89,0	339	90,9	1,1	-,1		
Total	219	100,0	154	100,0	373	100,0				

### Episiotomia e realização de sutura

Analisando-se os resultados apresentados na Tabela 33, afere-se que há uma ocorrência de um percentual significativo de mulheres em que foi realizada sutura (94,9%), enquanto em 5,1% esta não aconteceu. Fazendo-se uma leitura destes dados em função do recurso à episiotomia, consta-se que 100,0% das mulheres com episiotomia foi submetida a sutura, contrariamente a 87,8% das que ocorreu sutura, mas sem episiotomia.

Tabela 33 – Episiotomia e ocorrência de sutura

Episiotomia	Sim		Não		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	P
	N (220)	% (58.5)	N (156)	% (41.5)	N (376)	% (100.0)	1	2		
<b>Realização de Sutura</b>										
Sim	220	100,0	137	87,8	357	94,9	1,1	-1,1	1,261	0,261
Não	0	0,0	19	12,2	19	5,1	-1,1	1,1		
Total	220	100,0	156	100,0	376	100,0				

### Episiotomia e ocorrência de laceração

Em conformidade com os resultados expostos na Tabela 34, verifica-se 64,9% da amostra global teve laceração de grau I, das quais 60,0% das mulheres foram sujeitas a episiotomia, enquanto em 71,4% esta não ocorreu. Constata-se também que em 32,5% dos casos analisados para laceração de grau II, 37,3% das participantes foi sujeita a episiotomia, contrariamente a 26,2% onde a mesma não foi usada.

Tabela 34 – Episiotomia e ocorrência de laceração

Episiotomia	Sim		Não		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	P
	N (110)	% (56.7)	N (84)	% (43.3)	N (194)	% (100.0)	1	2		
<b>Laceração</b>										
Grau I	66	60,0	60	71,4	126	64,9	-1,7	1,7	2,781	0,249
Grau II	41	37,3	22	26,2	63	32,5	1,6	-1,6		
Grau III	3	2,7	2	2,4	5	2,6	,2	-,2		
Total	110	100,0	84	100,0	194	100,0				

### Episiotomia e dor perineal

De acordo com a análise dos resultados apresentados na Tabela 35, pode dizer-se que, a grande maioria da amostra (89,1%) teve dor perineal, fazendo parte deste grupo de mulheres 92,3% das que se recorreu à episiotomia, enquanto em 84,7% esta não ocorreu. Importa salientar que em 10,9% das participantes sem ocorrência de dor perineal o percentual mais elevado recaiu nas participantes em que não se recorreu à episiotomia,

contrariamente a 7,7% em que esta ocorreu, tendo estas diferenças resultado em relevância estatística ( $X^2=5,401$ ;  $p=0,020$ ).

Tabela 35 – Episiotomia e ocorrência de dor perineal

Episiotomia	Sim		Não		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	P
	N (220)	% (58.4)	N (157)	% (41.6)	N (377)	% (100.0)	1	2		
<b>Dor perineal</b>										
Sim	203	92,3	133	84,7	336	89,1	2,3	-2,3	5,401	0,020
Não	17	7,7	24	15,3	41	10,9	-2,3	2,3		
Total	220	100,0	157	100,0	377	100,0				

### Episiotomia e ocorrência de epidural

Quanto aos resultados da episiotomia vs. ocorrência de epidural, apura-se que, no global da amostra, 75,7% das mulheres não foi submetida a epidural, enquanto em 24,3% houve essa ocorrência. Das participantes que não foram sujeitas a epidural, em 74,5% ocorreu a episiotomia, contrariamente a 77,4% em que não houve recurso à mesma. Todavia, 25,5% das participantes com epidural foram sujeitas a episiotomia, não acontecendo o mesmo a 22,6% das que tiveram epidural (cf. Tabela 36).

Tabela 36 – Episiotomia e ocorrência de epidural

Episiotomia	Sim		Não		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	P
	N (220)	% (58.7)	N (155)	% (41.3)	N (375)	% (100.0)	1	2		
<b>Ocorrência de Epidural</b>										
Sim	56	25,5	35	22,6	91	24,3	,6	-,6	0,409	0,523
Não	164	74,5	120	77,4	284	75,7	-,6	,6		
Total	220	100,0	155	100,0	375	100,0				

### 2.1.3. Variáveis contextuais do recém-nascido

#### Episiotomia e peso do recém-nascido

Reportando-se os resultados apresentados na Tabela 37 à ocorrência de episiotomia em função do peso do recém-nascido (RN), pode afirmar-se que, na totalidade da amostra (92,3%), o RN nasceu com peso normal (peso  $\geq 2500g$  e  $< 4000g$ ), tendo em 91,4% ocorrido episiotomia, enquanto em 93,7% a mesma não ocorreu. Importa ressaltar que em 5,4% das mulheres, cujo RN nasceu macrossômico (peso  $\geq 4000g$ ), recorreu-se a esta

prática, todavia não acontecendo o mesmo em 1,3% dos casos, bem como em 3,2% das mulheres que o seu RN nasceu com baixo peso (peso <2500).

Tabela 37 – Episiotomia e peso do RN

Episiotomia	Sim		Não		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (221)	% (58.3)	N (158)	% (41.7)	N (379)	% (100.0)	1	2		
<b>Peso do RN</b>										
Baixo peso	7	3,2	8	5,1	15	4,0	-,9	,9	5,213	0,074
Normal	202	91,4	148	93,7	350	92,3	-,8	,8		
Macrossômico	12	5,4	2	1,3	14	3,7	2,1	-2,1		
Total	221	100,0	158	100,0	379	100,0				

### Episiotomia e avaliação do Apgar

Verifica-se, pela leitura da Tabela 38, que, na totalidade da amostra, prevalecem os RN que obtiveram uma pontuação igual ou superior a 7 no Apgar no primeiro minuto (92,6%), fazendo parte deste grupo 94,1% das mulheres em que ocorreu episiotomia e 90,5% em que a mesma não aconteceu. Refere-se que 5,9% dos casos em que as mulheres foram sujeitas a episiotomia os RN obtiveram uma pontuação igual ou inferior a 6, sendo esta uma situação análoga aos casos em que não se recorreu à episiotomia.

Tabela 38 – Episiotomia e Apgar no primeiro minuto

Episiotomia	Sim		Não		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	Nº (221)	% (58.3)	N (158)	% (41.7)	N (379)	% (100.0)	1	2		
<b>Apgar</b>										
<= 6	13	5,9	15	9,5	28	7,4	-1,3	1,3	1,756	0,185
>= 7	208	94,1	143	90,5	551	92,6	1,3	-1,3		
Total	221	100,0	158	100,0	379	100,0				

Em relação aos resultados referentes aos valores do Apgar no quinto minuto, verifica-se que a grande maioria dos RN obteve uma pontuação igual ou superior a 7 (99,2%). Fazendo-se uma análise por ocorrência de episiotomia, constata-se que 99,1% das mulheres, cujos RN obtiveram a referida pontuação, foram sujeitas à mesma, enquanto 99,4% não foram sujeitas à episiotomia (cf. Tabela 39).

Tabela 39 – Episiotomia e Apgar no quinto minuto

Episiotomia	Sim		Não		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (221)	% (58.3)	N (158)	% (41.7)	N (379)	% (100.0)	1	2		
<b>Apgar</b>										
<= 6	2	0,9	1	0,6	3	0,8	,3	-,3	0,087	0,768
>= 7	219	99,1	94	99,4	376	99,2	-,3	,3		
Total	221	100,0	158	100,0	379	100,0				

Reporta-se agora aos resultados da avaliação do Apgar no décimo minuto. A análise dos mesmos revela que 99,1% das mulheres em que ocorreu episiotomia, os RN obtiveram uma pontuação igual ou superior a 7, bem como em todos os casos em que não ocorreu a episiotomia (100,0%) (cf. Tabela 40).

Tabela 40 – Episiotomia e Apgar no décimo minuto

Episiotomia	Sim		Não		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	P
	N (221)	% (58.3)	N (158)	% (41.7)	N (379)	% (100.0)	1	2		
<b>Apgar</b>										
<= 6	2	0,9	-	-	2	0,5	1,2	-1,2	1,437	0,231
>= 7	219	99,1	158	100,0	377	99,5	-1,2	1,2		
Total	221	100,0	158	100,0	379	100,0				



### 3. Discussão

Neste capítulo far-se-á a discussão dos resultados encontrados confrontando-os com os dados existentes na literatura, nomeadamente os resultados de outros estudos semelhantes. Face aos resultados obtidos durante a investigação realçam-se aqui os dados mais evidentes, dando resposta às questões da investigação.

#### 3.1. Discussão metodológica

Desde o início da concetualização do estudo, que uma das preocupações consistiu em desenvolver um trabalho metodologicamente rigoroso. A metodologia usada foi a que pareceu ser a mais correta para facilitar e tornar possível a realização deste estudo. Os procedimentos metodológicos utilizados no presente estudo foram ao encontro dos objetivos traçados, estando igualmente concordantes com as características da amostra. No entanto, durante a elaboração desta investigação confrontamo-nos com algumas dificuldades metodológicas, que se passam a descrever.

Considera-se uma limitação metodológica o facto de as participantes terem sido recrutadas segundo um processo de amostragem não probabilística por conveniência, o que pode trazer alguns vieses nos resultados. Mesmo assim, considera-se o tamanho da amostra suficientemente elevado o que pode traduzir-se em resultados fiáveis, ainda que, como já referido, o tipo de amostragem (não probabilística), não sendo representativa, impede que se faça a generalização dos resultados a outra população de parturientes. O presente estudo necessita, assim, de confirmação com a realização de outros estudos no mesmo âmbito, se possível, com amostras ainda mais alargadas.

O facto do presente estudo ser transversal, aponta para algumas vantagens e desvantagens metodológicas. Assim, considera-se vantajoso o facto de ser um estudo mais breve e metodologicamente menos complexo. Todavia, as desvantagens prendem-se com o aspeto da avaliação ficar centrada no momento da recolha de dados, não havendo um

seguimento da problemática em estudo, o que poderia ser evitado através da realização de um estudo longitudinal.

Apesar das limitações apresentadas e algumas dificuldades inerentes, somos da opinião que as opções metodológicas foram as mais apropriadas ao tipo de estudo desenvolvido, o qual facultou um conhecimento mais concreto e aprofundado da prática de episiotomia.

### 3.2. Discussão de resultados

A amostra deste estudo é constituída por 382 mulheres cujo parto decorreu na Sala de Partos do CHCB. Estas apresentam uma idade mínima de 18 anos e uma máxima de 46 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 30,95 anos ( $\pm 5,451$  anos).

Reportando-nos à prevalência de episiotomia em mulheres primíparas, verificou-se que, na totalidade da amostra, em 71,1% dos casos houve recurso à episiotomia, tendo a mesma sido usada em 72,4% das mulheres com idade igual ou inferior aos 34 anos e em 67,3% das mulheres com idade igual ou superior aos 35 anos. Apenas, não se procedeu à episiotomia em 28,9% da amostra, o que pode sugerir a presença da realização da episiotomia seletiva no *locus* de estudo. Verificámos que é notório o grupo de mulheres com parto eutócico (80,4%), das quais 81,9% foi sujeita a episiotomia, contrariamente a 78,5% em que não se realizou. Em 18,1% das mulheres com parto distócico ocorreu o uso da episiotomia, contrariamente a 21,5% das restantes participantes.

Estes resultados, acima apresentados, corroboram vários estudos, onde está demonstrada a elevada prevalência de episiotomias. Apesar das questões levantadas acerca da validade da episiotomia rotineira na prática obstétrica, a prevalência deste procedimento continua a ser elevada (Matar et al., 2007; Oliveira & Miquilini, 2005; Carvalho et al., 2010; Wey, Salim, Junior & Gualda, 2011). Estima-se que esta prática seja empregue em 62,5% do total de partos nos Estados Unidos e em cerca de 30% na Europa, enquanto na América Latina, ainda tem vindo a ser utilizada como intervenção de rotina em todas as primíparas e em parturientes com episiotomia prévia (Matar et al., 2007). Lésico (2014) refere que, no ano de 2013, em Portugal, se verificou a segunda mais elevada taxa de episiotomias da Europa, imediatamente a seguir à do Chipre, avaliando em 72,9% dos partos vaginais. Wey et al. (2011) constaram uma frequência de 44,7% de episiotomias realizadas em 1.774 partos normais, o que, segundo os autores, estes índices ainda estão muito acima dos preconizados tanto pela Organização Mundial de Saúde (2003), com uma frequência ótima 10 a 30% do total de partos vaginais. O *Argentine Episiotomy Trial*

*Collaborative Group* (2013) concluiu que a episiotomia foi realizada em 30,1% dos partos eutócicos no grupo de episiotomia seletiva e 82,6% no grupo de episiotomia de rotina.

Em relação à presença da episiotomia em mulheres múltiparas, verifica-se, na totalidade da amostra, que prevalecem os casos em que não ocorreu (55,5%), incluindo-se neste grupo 55,2% das mulheres mais novas e 56,3% das mais velhas. Todavia, em 44,5% dos casos ocorreu a episiotomia, com uma representatividade de 44,8% de mulheres mais novas e de 43,8% das mulheres com mais idade. Estes resultados vão ao encontro dos apurados por Wey et al. (2011) cujo estudo revelou que de 89 mulheres múltiparas em 36 foi realizada a episiotomia. Os autores argumentam que a episiotomia, nestes casos, foi sobretudo indicada para múltiparas com episiotomia anterior, revelando que este procedimento se torna numa rotina hospitalar, sendo realizado em partos com ausência de uma análise individual para cada parturiente. Há a salientar que uma das metas do Projeto “Maternidade com Qualidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2013) consiste precisamente na redução da prática de episiotomia em 50,0% em mulheres primíparas e em 70,0% em mulheres múltiparas.

Outro resultado a que se chegou foi que 90,9% da amostra teve como tempo de duração do período expulsivo mais de 30 minutos, sendo este o grupo onde se verificam os percentuais mais elevados quer para as mulheres com episiotomia (92,2%), quer para aquelas em que a mesma não ocorreu (89,0%). Constatou-se que em 100,0% das mulheres com episiotomia recorreu-se à sutura, contrariamente a 87,8% das que ocorreu sutura, mas sem episiotomia.

Signorello, Harlow, Chekos e Repke (2000) constataram, através do seu estudo, que a duração média da segunda fase do trabalho de parto foi mais longa no grupo de mulheres sujeitas a episiotomia (109 minutos vs. 81 minutos e 57 minutos). Vinte e sete por cento dos partos no grupo da episiotomia envolveram parto vaginal operatório vs 17% no grupo da laceração e 3% no grupo intacto. A OMS (1996) refere que a limitação do uso da episiotomia, apenas para situações estritamente necessárias, condiciona menos traumatismo perineal posterior, menos necessidade de realização de sutura e menos complicações, fundamentando-se em estudos já efetuados. De igual modo, Carroli e Belizán (2008) verificaram que a episiotomia seletiva em comparação com a de rotina está associada a um menor necessidade de sutura.

Verificou-se 64,9% da amostra global teve laceração de grau I, das quais 60,0% das mulheres foram sujeitas a episiotomia, enquanto em 71,4% esta não ocorreu. Constata-se também que em 32,5% dos casos analisados, 37,3% das participantes foi sujeita a episiotomia, contrariamente a 26,2% onde a mesma não foi usada. Bansal et al. (1996),

referenciados por Borges et al. (2003), apuraram que a ocorrência de um aumento do número de lacerações vaginais de 5.4% para 19.3% em mulheres com episiotomia. Carroli e Belizán (2008) referem que a iminência de laceração não é indicação para a episiotomia de rotina, pois não traz nenhum benefício demonstrável para a mãe ou para o feto.

De acordo com a análise dos resultados, apurou-se que a grande maioria da amostra (89,1%) teve dor perineal, fazendo parte deste grupo de mulheres 92,3% das com episiotomia, enquanto em 84,7% esta não ocorreu. Importa salientar que em 10,9% das participantes sem ocorrência de dor perineal o percentual mais elevado recaiu nas participantes em que não se recorreu à episiotomia, contrariamente a 7,7% em que esta ocorreu, tendo estas diferenças resultado em relevância estatística ( $X^2=5,401$ ;  $p=0,020$ ). Neste âmbito, refere-se que Carroli e Belizán (2008) verificaram que existe uma significativa redução nos scores de dor puerperal em mulheres com episiotomia seletiva.

No que se refere à ocorrência de episiotomia em função do peso do recém-nascido, apurou-se que, na totalidade da amostra (92,3%), o recém-nascido nasceu com peso normal, tendo em 91,4% ocorrido episiotomia, enquanto em 93,7% a mesma não ocorreu. Importa ressaltar que em 5,4% das mulheres, cujo recém-nascido nasceu macrossômico, recorreu-se a esta prática, todavia não acontecendo o mesmo em 1,3% dos casos, bem como em 3,2% das mulheres que o seu recém-nascido nasceu com baixo peso. Neste sentido e conforme Albers et al. (2006), as evidências indicam que, para uma primípara, entre outros fatores de risco para trauma perineal, encontra-se o peso do recém-nascido, levando, em muitos casos, à prática de episiotomia. Signorello et al. (2000), com base no seu estudo, verificaram que o peso médio dos bebés no grupo de episiotomia foi significativamente mais alto do que no grupo de mulheres sem recurso à prática de episiotomia (3487g vs 3374g no grupo laceração e 3340g no grupo intacto), bem como constaram que 27.0% dos partos no grupo de mulheres sujeitas a episiotomia envolveram parto vaginal operatório vs. 17% no grupo da laceração e 3% no grupo intacto. Todavia, Räsänen et al. (2011) constaram que não existe uma associação estatisticamente significativa entre a realização de episiotomia e o peso da criança.

Verificou-se também que, na totalidade da amostra, prevalecem os recém-nascidos que obtiveram uma pontuação igual ou superior a 7 no Apgar no primeiro minuto (92,6%), fazendo parte deste grupo 94,1% das mulheres em que ocorreu episiotomia e 90,5% em que a mesma não aconteceu. Em relação aos resultados referentes aos valores do Apgar no quinto minuto, constatou-se que a grande maioria dos recém-nascidos obteve uma pontuação igual ou superior a 7 (99,2%). Fazendo-se uma análise por ocorrência de episiotomia, constata-se que 99,1% das mulheres, cujos recém-nascidos obtiveram a referida pontuação, foram sujeitas à mesma, enquanto 99,4% não foram sujeitas à

episiotomia. Os resultados da avaliação do Apgar no décimo minuto demonstraram que 99,1% das mulheres, em que ocorreu episiotomia, os recém-nascidos obtiveram uma pontuação igual ou superior a 7, bem como em todos os casos em que não ocorreu a episiotomia (100,0%). Estes resultados corroboram os encontrados por Räsänen et al. (2011), na medida em que concluíram que não há uma associação estatisticamente significativa entre a realização de episiotomia e os scores do Apgar.



## Conclusão

A realização de episiotomia de forma rotineira foi, durante muitos anos, um grande exemplo de prática médica adotada sem base em estudos clínicos bem conduzidos. Permanece como o segundo procedimento mais comum em obstetrícia, tendo como objetivos prevenir severos danos perineais nas mulheres submetidas ao parto normal, assim como reduzir o período expulsivo. Contudo, vários ensaios clínicos randomizados bem controlados foram publicados e contestam essa realidade, além de fornecerem evidências de nível I.

Com base nestes pressupostos, realizou-se uma revisão sistemática da literatura, a qual incluiu estudos que abordavam a prática de episiotomia seletiva em mulheres com parto normal/eutócico, comparativamente a mulheres sujeitas a episiotomia de rotina. Todos os artigos selecionados enfocam a temática pretendida, uns de uma forma mais direcionada para a totalidade do tema do que outros.

Os estudos analisados, *corpus* de análise do estudo empírico I, corroboram a evidência de que a episiotomia não deve ser realizada de forma rotineira. O seu uso deveria restringir-se a situações clínicas específicas, de acordo com a determinação do serviço, pois, como mencionado na fundamentação teórica deste trabalho, não há consenso sobre quais seriam essas situações. Ficou igualmente evidenciado que, nos partos vaginais, a episiotomia seletiva, comparada com a episiotomia generalizada ou de rotina, está relacionada com um menor risco de trauma de períneo posterior, a uma menor necessidade de sutura e a menos complicações na cicatrização.

Os resultados do estudo empírico II, com uma amostra constituída por 382 mulheres cujo parto decorreu na Sala de Partos CHCB, na faixa etária dos 18-46 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 30,95 anos ( $\pm 5,451$  anos), demonstraram que, na totalidade da amostra, na maioria dos casos houve recurso à episiotomia. Somente, não se procedeu à episiotomia em 41,7% da amostra, apontando para a presença da episiotomia seletiva.

Constatou-se um número significativo de mulheres com parto eutócico sujeitas a episiotomia. Prevaleram os casos de mulheres múltiparas em que não ocorreu

episiotomia de rotina e nos casos em que a mesma ocorreu correspondeu, em percentuais muito próximos, tanto nas mulheres mais novas como nas mulheres com mais idade.

Outro resultado a que se chegou foi que quase a totalidade da amostra teve como tempo de duração do período expulsivo menos que 30 minutos, sendo este o grupo onde se verificam os percentuais mais elevados quer para as mulheres com episiotomia, quer para aquelas em que a mesma não ocorreu. Constatou-se que num percentual expressivo de mulheres com episiotomia recorreu-se à sutura. Concluiu-se que, na maioria da amostra, esteve presente a laceração de grau I, tendo sido uma grande parte das mulheres sujeitas a episiotomia.

Apurou-se que na grande maioria da amostra houve dor perineal, com uma ocorrência significativa de casos em que se utilizou a episiotomia. Quanto ao evento de episiotomia em função do peso do recém-nascido, verificou-se que, na totalidade da amostra, a maioria dos recém-nascidos nasceram com peso normal, com um valor expressivo de mulheres sujeitas a episiotomia. Ainda se constatou a existência de casos, apesar de reduzidos, em que o recém-nascido nasceu macrossômico, tendo-se recorrido igualmente a esta prática. Verificou-se também que não há uma associação direta entre a realização de episiotomia e os scores do APGAR.

Face a estes resultados e com base na evidência científica disponível que recomenda, desde há vários anos, que se faça um uso seletivo da episiotomia, sugere-se que os profissionais de saúde estejam mais despertos para esta realidade, de modo a que se possam anular as resistências e as barreiras de mudanças por parte dos mesmos face ao uso seletivo da episiotomia. Para promover essa mudança de comportamentos é importante não só mostrar as evidências científicas, bem como transpô-las para a prática, capacitando os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, na sua atuação.

A episiotomia deve realizar-se somente de forma seletiva e não se justifica taxas maiores que 30% na prática obstétrica, sendo também o seu uso rotineiro classificado como uma prática inadequada e prejudicial à saúde da mulher. Assim sendo, deve atuar-se de forma conscienciosa, promovendo o conforto e bem-estar da mulher, através da realização de atos menos intervencionistas como a episiotomia somente quando seja estritamente necessária, em conformidade com uma avaliação criteriosa de cada caso. Por conseguinte, sugere-se a prestação de uma prática de enfermagem individualizada, desenvolvendo o processo de enfermagem de acordo com a individualidade de vida da mulher. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia tem de possuir capacidades que lhe possibilitem saber quando é estritamente necessário realizar uma episiotomia e tomar a decisão para a concretização desta prática. Assim sendo, este

profissional tem de assumir que desempenha um relevante papel no desenvolvimento das suas competências técnico-científicas a fim de utilizar a episiotomia correta, no momento correto e de forma correta, assim como decidir se deve ou não recorrer a esta intervenção, tendo como base as implicações que a mulher possa vir a ter.

Por fim, acresce referir que a realização deste trabalho resultou numa maior motivação para uma melhor prática baseada na evidência aliada à importância de utilizar esta metodologia em situações futuras. Constituiu-se como um importante contributo para a prática enquanto Especialista em Enfermagem Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia quer pelo conhecimento que gerou, quer pela importância de usar todas as competências, assim como desenvolver outras novas competências. Saliencia-se que o poder decisivo, colocado no enfermeiro especialista, deve ser o alicerce de uma melhoria contínua de cuidados, tendo como base uma enfermagem individualizada.



## Referências bibliográficas

- Aasheim, V., Nilsen, A.B., Lukasse, M., & Reinar, L.M. (2011) Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.*; (12):CD006672. Acedido em:  
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006672.pub2/abstract;jsessionid=554B38D9B1B1DE29718C6F0A2B6B2788.f04t02>
- Albers, L., Sedler, K., Bedrick, E., Teaf, D., & Peralta, P.(2006). Factors Related to Genital Tract Trauma in Normal Spontaneous Vaginal Births. *Birth*, 33(2): 94-100. Acedido em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=9334a049-9689-485f-b9e7-7a7f687e389d%40sessionmgr4005&vid=15&hid=4114>.
- Almeida, N., & Oliveira, V. (2005). Estresse no processo de parturição. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 7(1). Acedido em:  
<<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/850/1026>>
- Almeida, S. F. S & Riesco, M. L. G. (2008). Ensaio clínico controlado aleatório sobre duas técnicas de sutura do trauma perineal no parto normal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(2), 272-279. Acedido em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692008000200016&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0104-11692008000200016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000200016&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0104-11692008000200016).
- Althabe, F., Belizán, J.M., & Bergel, E. (2002). Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *BMJ*; 324: 945-46. Acedido em:  
<http://www.bmj.com/content/324/7343/945.1>
- Amorim, M.M.R., Porto, A.M.F., & Souza, A.S.R. (2010). Assistência ao segundo e terceiro períodos do trabalho de parto baseada em evidências. *Femina*, v.38, n.11. Acedido em: <http://www.redalyc.org/pdf/260/26021120015.pdf>.

- Ana, F.G. (2014). *Episiotomia na vida da mulher*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Santarém Escola Superior de Saúde de Santarém. Acedido em: [http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1210/1/Episiotomia%20na%20Vida%20da%20Mulher\\_%20Ana%20Filipa%20L%C3%A9sico.pdf](http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1210/1/Episiotomia%20na%20Vida%20da%20Mulher_%20Ana%20Filipa%20L%C3%A9sico.pdf).
- Andrews, V., Thakar, R., Sultan, A.H., & Jones, P.W. (2008) Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia. A prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*;137(2):152-6. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17681663>
- Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group (2013). Routine vs selective episiotomy: a randomized control trial. *Lancet*, 342:1517-8. Acedido em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2805%2980085-6/abstract>
- Basile, A.L.O. (2000) Estudo Randomizado controlado entre as posições de parto: litotomia e lateral esquerda. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Acedido em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=288724&indexSearch=ID>
- Borges, B.B., Serrano, F., & Pereira, F. (2003). Episiotomia: uso generalizado versus selectivo. *Acta Médica Portuguesa. Lisboa. Série II, vol. 16, 6: 447-454*. Acedido em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/1214/866>.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. V. (2004). Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas. Lisboa: *Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência*. Acedido em: <http://www.cembe.org/avc/pt/docs/NOC%20deAdes%C3%A3o%20a%20Patologias%20Cr%C3%B3nicas%20CEMBE%202004.pdf>

- Carneiro, A.V. (2008). Manual de elaboração, disseminação e implementação de normas de orientação clínica. Lisboa: *Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência*.  
Acedido em:  
<http://www.cembe.org/avc/pt/docs/Manual%20de%20NOCs%20CEMBE%202007.pdf>
- Carroli, G. (2006). Factors Related to Genital Tract Trauma in Normal Spontaneous Vaginal Births. *Birth*, 33(2): 94-100. doi: 10.1111/j.0730-7659.2006.00085.x
- Carroli, G., & Belizán, J. (2008). Episiotomía en el parto vaginal (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software. Acedido em:  
<http://apps.who.int/rhl/reviews/CD000081sp.pdf>
- Carroli, G., & Mignini, L. (2009). Episiotomy for vaginal birth (Cochrane review). In: The Cochrane Library, issue 2, Oxford. Acedido em:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4175536/pdf/emss-57059.pdf>
- Carvalho, C.C.M., Souza, A.S.R., & Moraes Filho, O.B. (2010). Episiotomia seletiva: avanços baseado em evidencias. *Femina*. v. 38, n. 5. Acedido em:  
<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n5/a008.pdf>.
- Costa, L.C., & Souza, L.M. (2009). Prevalência e correlação de fatores associados à prática de episiotomia em um hospital público do Distrito Federal. *Ciências Saúde*, v.20, 4: 315-324. Acedido em:  
<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5820/8430>
- Coutinho, C.P. (2011). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática. Coimbra: Edições Almedina.
- Diniz, C.S.G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc. Saude Colet.*, v.10, 3: 627-637. Acedido em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3>

- East CE, Sherburn M, Nagle C, Said J, Forster D. (2012) Perineal pain following childbirth: prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. *Midwifery*;28(1):93-7. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21236531>
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.
- Francisco, A.A. (2011). Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v.24, n.1. Acedido em: <http://www.redalyc.org/pdf/260/26021120015.pdf>.
- Galvão, C.M., Sawada, N.O., & Trevizan, M.A. (2004) Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*; 12(3):549-56. Acedido em: <http://www.readcube.com/articles/10.1590/S0104-11692004000300014?locale=en&tab=summary>
- Graça, L. M. (2010) Episiotomia e laceração perineais. In GRAÇA, Luís Mendes da e colabs. - *Medicina materno-fetal*. 4ªed. atualizada e aumentada. Lisboa [etc.]: Lidel, ISBN 978-972-757-654-8. p. 697-700.
- Higgins JPT, Green S (ed.). (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0* The Cochrane Collaboration, 2011. Acedido em: [www.cochranehandbook.org](http://www.cochranehandbook.org)
- Hofmeyer, S.H. (2001). Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual function, and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol*, 171: 591-8.
- Lede, R.L., Belizán, J.M., Carroli, G. (1996) Is routine use of episiotomy justified? *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, Volume 174, Issue 5, 1399 – 1402. Acedido em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378\(96\)70579-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0002-9378(96)70579-3)
- Lésico, A.F.G. (2014). *Episiotomia na vida da mulher*. Instituto Politécnico de Santarém. Escola Superior de Saúde de Santarém. Acedido em:

[http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1210/1/Episiotomia%20na%20Vida%20da%20Mulher\\_%20Ana%20Filipa%20L%C3%A9sico.pdf](http://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1210/1/Episiotomia%20na%20Vida%20da%20Mulher_%20Ana%20Filipa%20L%C3%A9sico.pdf).

Lima, M. G., Silva, M.B., Souza, T.A., & Souza, L.P. (2013). A Episiotomia e o Retorno à Vida Sexual Pós-Parto. *Revista UNINGÁ Review*, 2(16): 33-37. Acedido em: [http://www.mastereditora.com.br/periodico/20131101\\_112358.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20131101_112358.pdf).

Lowdermilk, D. L.; Perry, S. (2008) *Enfermagem na maternidade*. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008 a. ISBN 978-989- 8075-16-1. p. 222-244.

Luque-Carro, R., Subirón-Valera, A.B., Sabater-Adán, B., Sanz-de Miguel, E., Juste-Pina, A., & Cruz-Guerreiro, E. (2010). Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria. Valoración a los 3 años (2007-2008). *Matronas Profesión*. 12(2): 41-48. Acedido em: [file:///C:/Users/Paulo%20pina/Downloads/41-8-episiotomia-12-2%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Paulo%20pina/Downloads/41-8-episiotomia-12-2%20(2).pdf)

Mattar, R., Aquino, M.M, & Mesquita, M.R.S. (2007) A prática da episiotomia no Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* vol. 29, n.º1: 1-2. Acedido em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032007000100001&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000100001&lng=en&nrm=iso). ISSN 0100-7203. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032007000100001>.

Mouta R. J. O., Araujo L. M., & Proganti J. M. (2008). Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. *Escola Anna Nery Revista Enfermagem*, v.12,1: 5-9. Acedido em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a07.pdf>

Murphy, D.J., Macleod, M., Bahl, R., Goyder, K., Howarth, L., & Strachan, B. (2008). A randomized controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study. *Br J Obstet Gynaecol*; 115(13):1695-702. doi: 10.1111/j.1471-0528.2008.01960.x

O'Connor, D., Green, S. & Higgins.J. P.T. (2011). Chapter 5: Defining the review question and developing criteria for including studies. In *Manual Cochrane 5.1.0/ Part 2: General methods for Cochrane reviews*, Acedido em: [www.cochranehandbook.org](http://www.cochranehandbook.org)

- Oliveira, S.M.J.V. de & Miquilini, E.C. (2005) Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Rev. esc. enferm. USP*, vol.39, n.3, pp. 288-295. Acedido em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342005000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342005000300006&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000300006>.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Projeto "Maternidade com Qualidade"*. Acedido em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_Medidasnaofarmacologicas\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf).
- Organização Mundial de Saúde. (1996) *Assistência ao Parto Normal: um guia prático*. Saúde Materna e Neonatal/ Unidade de Maternidade Segura. Saúde reprodutiva e da Família. Genebra (Suíça): Organização Mundial de Saúde; Acedido em: [http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56\\_a.pdf](http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/materia/56_a.pdf).
- Oxorn, H. (1989) *Trabalho de Parto*. 5<sup>o</sup> ed. São Paulo: Roca.
- Pereira, A.L., & Bachion, M.M. (2006). Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 27(4): 491-498. Acedido em: [http://scholar.google.pt/scholar?q=Pereira,+A.L.+%26+Bachion,+M.M.+\(2006\).+Atualidades+em+revis%C3%A3o+sistem%C3%A1tica+de+literatura,&hl=pt-PT&as\\_sdt=0&as\\_vis=1&oi=scholart](http://scholar.google.pt/scholar?q=Pereira,+A.L.+%26+Bachion,+M.M.+(2006).+Atualidades+em+revis%C3%A3o+sistem%C3%A1tica+de+literatura,&hl=pt-PT&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholart)
- Pereira, A.S., Gaspar, C., Reis, D., Barradas, J., & Nobre, P. (2012). *Revisão sistemática de literatura*. (VI Curso de Pós-Licenciatura de Especialização e III Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica). Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Pereira, G.V., & Pinto, F.A. (2011). Episiotomia: uma revisão de literatura. *Ensaios e Ciências Biológicas, Agrárias e Saúde*. 2011; 15(3):183-96. Acedido em: <http://www.redalyc.org/pdf/260/26021120015.pdf>

- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2014). Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS. Lisboa: Edições Lidel.
- Pieszak, G.M., Terra, M.G., Neves, E.T., Pimenta, L.F., Padoin, S.M.M., & Ressel, L.B. (2013). Percepção dos profissionais de enfermagem acerca do cuidar em centro obstétrico. *Rev Rene.*; 14 (3):568-78. Acedido em:  
<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1144/pdf>
- Previatti, J.F., & Souza, K.V. de. (2007). Episiotomia: em foco a visão das mulheres. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(2): 197-201. Acedido em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000200013&lng=en&tlng=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200013&lng=en&tlng=). 10.1590/S0034-71672007000200013.
- Progiatti, J.M., Vargens, O.M.C., Porfírio, A.B., & Peixoto, L.D. (2006). A preservação perineal como prática de enfermeiras obstétricas. *Escola Anna Nery*, 10(2), 266-273. Acedido em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452006000200014&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000200014&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S1414-81452006000200014.
- Räsänen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Gisler, M., Heinonen, S. (2011). A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 115: 26-30. Acedido em:  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.05.008>
- Ramalho, A. (2005). Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise: estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem. Coimbra: Formasau.
- Rubio, J.A. (2005). Política selectiva de episiotomía y riesgo de desgarro perineal en um hospital universitário. *Rev. Colomb. Obstet. Ginecol.*; 56 (2):116-26; Acedido em:  
[http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista\\_Vol60No2\\_Abril\\_Junio\\_2009/v60n2a04.pdf](http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol60No2_Abril_Junio_2009/v60n2a04.pdf)

Sampaio R.F., & Mancini, M.C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. In *Revista Brasileira de Fisioterapia*, ISSN 1413-3555, v. 11, n. 1: 83-89 Acedido em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000100013&lng=en&tlng=pt)

[35552007000100013&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000100013&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S1413-35552007000100013.t

Santos, J.O., & Shimo, A.K.K. (2008). Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. Vol. 12, 4: 645-650. Acedido em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400006&lng=en&tlng=pt)

[81452008000400006&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400006&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S1414-81452008000400006.

Santos, J.O., Bolanho, I.C., Mota, J.Q.C., Coleoni, L., & Oliveira, M.A. (2008). Frequência de lesões ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. *Esc Anna Nery Rer Enferm*. 12(4): 6. Acedido em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141481452008000400008&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452008000400008&lng=en&tlng=pt).

São Bento, P.A.S., & Santos, R.S. (2006) Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. *Esc. Anna Nery*.; 10(3): 552-59. Acedido em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300027&lng=en&nrm=iso)

[81452006000300027&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000300027&lng=en&nrm=iso). ISSN 1414-8145.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000300027>.

Signorello, L., Harlow, B., Chekos, A., & Repke, J. (2006). Episiotomia aumenta a risco de incontinência anal. *BMJ*; 320: 86. Acedido em:

[http://gineconews.org/jornal/2000/maio/maio2000\\_09.htm](http://gineconews.org/jornal/2000/maio/maio2000_09.htm).

Silva (2002) Sutura do trauma perineal no parto normal: estudo comparativo entre duas técnicas. São Paulo. Escola de Enfermagem da USP. Acedido em:

<http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p  
&nextAction=lnk&exprSearch=17548&indexSearch=ID

Wey, C.Y., Salim, N.R., Júnior, H.P.O.S., & Gualda, D.M.R. (2011). Prática da episiotomia: estudo qualitativo descritivo sobre as percepções de um grupo de mulheres. *Brazilian Journal of Nursing*. v.10, 2: 1-11. Acedido em:  
[http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3332/html\\_1](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3332/html_1)



**Anexos**



## Anexo I

### Resultado da aplicação da avaliação crítica de uma revisão sistemática da literatura

---

Carroli, G., & Belizán, J. (2008). Episiotomía en el parto vaginal (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2. Oxford: Update Software.

---

Validade dos resultados	Sim	?	Não	N/A
A revisão aborda de forma explícita uma questão clínica sensível?	2			
A pesquisa dos estudos relevantes foi detalhada e exaustiva?			0	
Os estudos primários têm elevada qualidade metodológica?		1		
A interpretação dos estudos é reprodutível?	2			
Importância dos resultados	Sim	?	Não	N/A
Os resultados foram semelhantes entre os estudos?			0	
Quais são os resultados gerais dos estudos?	2			
Quão precisos são os resultados?	2			
Aplicabilidade dos resultados	Sim	?	Não	N/A
Qual é a melhor forma de interpretar os resultados para aplicá-los na prática clínica?	2			
Foram considerados todos os outcomes clinicamente importantes?	2			
Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação?	2			
<b>Total=</b>	<b>87.5% pontos</b>			

---

Cada questão é classificada em 4 hipótese:

- resposta afirmativa = sim (codificada com 2)
- pouco claro/possivelmente (codificada com 1)
- resposta negativa = não (codificada com 0)
- não aplicável

Räisänen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Gisler, M., Heinonen, S. (2011). A population-based register study to determine indications for episiotomy in Finland. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 115: 26-30.

Validade dos resultados	Sim	?	Não	N/A
A revisão aborda de forma explícita uma questão clínica sensível?	2			
A pesquisa dos estudos relevantes foi detalhada e exaustiva?			0	
Os estudos primários têm elevada qualidade metodológica?	2			
A interpretação dos estudos é reprodutível?	2			
Importância dos resultados	Sim	?	Não	N/A
Os resultados foram semelhantes entre os estudos?			0	
Quais são os resultados gerais dos estudos?	2			
Quão precisos são os resultados?	2			
Aplicabilidade dos resultados	Sim	?	Não	N/A
Qual é a melhor forma de interpretar os resultados para aplicá-los na prática clínica?	2			
Foram considerados todos os outcomes clinicamente importantes?	2			
Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação?	2			
<b>Total=</b>				<b>90% pontos</b>

Cada questão é classificada em 4 hipótese:

- resposta afirmativa = sim (codificada com 2)
- pouco claro/possivelmente (codificada com 1)
- resposta negativa = não (codificada com 0)
- não aplicável

Murphy, D.J., Macleod, M., Bahl, R., Goyder, K., Howarth, L., & Strachan, B. (2008). A randomized controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study. *Br J Obstet Gynaecol*; 115(13):1695-702.

<b>Validade dos resultados</b>	Sim	?	Não	N/A
A revisão aborda de forma explícita uma questão clínica sensível?	2			
A pesquisa dos estudos relevantes foi detalhada e exaustiva?	2			
Os estudos primários têm elevada qualidade metodológica?	2			
A interpretação dos estudos é reprodutível?	2			
<b>Importância dos resultados</b>	Sim	?	Não	N/A
Os resultados foram semelhantes entre os estudos?			0	
Quais são os resultados gerais dos estudos?	2			
Quão precisos são os resultados?	2			
<b>Aplicabilidade dos resultados</b>	Sim	?	Não	N/A
Qual é a melhor forma de interpretar os resultados para aplicá-los na prática clínica?	2			
Foram considerados todos os outcomes clinicamente importantes?	2			
Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação?	2			
<b>Total=</b>		95% pontos		

Cada questão é classificada em 4 hipótese:

- resposta afirmativa = sim (codificada com 2)
- pouco claro/possivelmente (codificada com 1)
- resposta negativa = não (codificada com 0)
- não aplicável

Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group (2013). Routine vs selective episiotomy: a randomized control trial. *Lancet*; 342:1517-8.

Validade dos resultados	Sim	?	Não	N/A
A revisão aborda de forma explícita uma questão clínica sensível?	2			
A pesquisa dos estudos relevantes foi detalhada e exaustiva?			0	
Os estudos primários têm elevada qualidade metodológica?	2			
A interpretação dos estudos é reprodutível?	2			
Importância dos resultados	Sim	?	Não	N/A
Os resultados foram semelhantes entre os estudos?	2			
Quais são os resultados gerais dos estudos?	2			
Quão precisos são os resultados?	2			
Aplicabilidade dos resultados	Sim	?	Não	N/A
Qual é a melhor forma de interpretar os resultados para aplicá-los na prática clínica?	2			
Foram considerados todos os outcomes clinicamente importantes?	2			
Os benefícios do tratamento sobrepõem-se aos potenciais riscos e custos da sua implementação?	2			
<b>Total=</b>				95% pontos

Cada questão é classificada em 4 hipótese:

- resposta afirmativa = sim (codificada com 2)
- pouco claro/possivelmente (codificada com 1)
- resposta negativa = não (codificada com 0)
- não aplicável

## Anexo II

### Instrumento de recolha de dados

#### Dados Sociodemográficos:

Idade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

#### Dados obstétricos:

Idade gestacional: \_\_\_\_\_

Gesta \_\_\_\_ Para \_\_\_\_

Vigilância: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Nº consultas: \_\_\_\_\_

Patologia: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Risco: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

#### Dados do RN:

Peso: \_\_\_\_\_

Apgar 1º minuto: \_\_\_\_\_ 5º minuto: \_\_\_\_\_ 10º minuto: \_\_\_\_\_

#### Dados do Parto:

Data \_\_\_\_\_

Tipo de parto:

Eutócico \_\_\_\_

Ventosa \_\_\_\_

Forceps \_\_\_\_

Pélvico \_\_\_\_

RPM: Espontânea \_\_\_\_ Artificial \_\_\_\_

Duração do período expulsivo:

Menos de 30 minutos \_\_\_\_

30 - 45 minutos \_\_\_\_

Mais que 45 minutos \_\_\_\_

Analgesia epidural: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

#### EPISIOTOMIA

Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Informada parturiente previamente: Sim \_\_\_\_ Não \_\_\_\_

Períneo íntegro: Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Lacerações: Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Sutura perineal: Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Hemorragia: Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Dor perineal: Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Medidas não farmacológicas de promoção de integridade do períneo:

Massagem Pré-Natal: \_\_\_ Aplicação de calor no períneo: \_\_\_

### **AMAMENTAÇÃO NA PRIMERA HORA DE VIDA**

Sim \_\_\_ Não \_\_\_

### **CONTACTO PELE A PELE**

Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Recém-Nascido despido sobre o peito/abdômen da mãe:

< 1h \_\_\_ 1h \_\_\_ > 1h \_\_\_

### **MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE ALÍVIO DA DOR NO TP/PARTO**

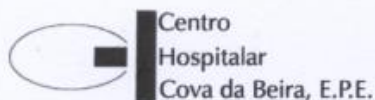
Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Medida utilizada: \_\_\_\_\_

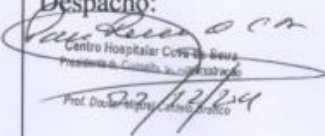

Permitida mobilidade durante o Trabalho de Parto: Sim \_\_\_ Não \_\_\_

Anexo III

Pedido de Autorização ao Presidente do Conselho de Administração Presidente do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE



*Recibido*  
2014.12.19  
*[Signature]*

Parecer:	Despacho:  Centro Hospitalar Cova da Beira Presidente do Conselho de Administração 19/12/2014 Prof. Doutor Miguel Castelo Branco
<b>ASSUNTO:</b> Projecto de Investigação nº 107/2014 - "Episiotomia no parto: estudo de alguns factores intervenientes".	
<b>PARA:</b> Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração. <b>DE:</b> Gabinete de Investigação e Inovação.	<b>N.º</b> 114/GII <b>Data</b> 19/12/2014
<p>Em relação ao assunto em epígrafe, junto envio o pedido de autorização de Maria Onélia Figueira dos Santos, aluna de Mestrado de Saúde Materna, Obstetria e Ginecologia da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu, para a realização de um estudo subordinado ao tema "Episiotomia no parto: estudo de alguns factores intervenientes", a realizar no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher - Serviço de Obstetria e Ginecologia deste Centro Hospitalar.</p> <p>Envio ainda o parecer n.º74/2014 emitido pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Cova da Beira.</p> <p>Informo que se encontram reunidos todos os requisitos necessários de acordo com o Regulamento e Procedimentos do Centro de Investigação Clínica.</p> <p>Com os melhores cumprimentos, <i>peço</i></p> <p><i>?</i> O Gabinete de Investigação e Inovação</p> <p><i>Por</i> <i>Leceia</i> (Dr.ª Rosa Saraiva)</p> <p><i>G. Investigação e Inovação</i> <i>[Signature]</i></p> <div data-bbox="997 1617 1241 2056" style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                 Centro Hospitalar Cova da Beira                  Presença em reunião de C.A.                  Em: 2014.12.19                  Despacho:                    Presidente do C.A.                  Prof. Doutor Miguel Castelo Branco                  Vogal do C.A.                  Prof.ª Dra. Ana Margarida Almeida                  Vogal do C.A.                  Técnica Superior Orlanda Sousa                  Directora Clínica                  Dra. Rosa Maria Bellestero                  Enfermeiro Director                  Enf.ª António João Rodrigues             </div>	

06 JAN. 2015

