

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

MAITÉ LARINI RIMOLO

CRITÉRIOS PARA REALIZAÇÃO DA EPISIOTOMIA:
uma revisão integrativa

Porto Alegre

2011

MAITÊ LARINI RIMOLO

CRITÉRIOS PARA REALIZAÇÃO DA EPISIOTOMIA:

uma revisão integrativa

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Cláudia J. Armellini

Porto Alegre

2011

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida e por ter concedido a mim uma família maravilhosa, a qual não mede esforços para que eu alcance meus objetivos e realize os meus sonhos.

Agradeço aos meus pais e ao meu irmão que estiveram comigo diariamente durante a graduação sendo meu porto seguro.

Agradeço em especial a minha mãe que, desde criança, me faz amar a obstetrícia contando-me histórias do Centro Obstétrico.

Aos amigos que conquistei durante esta caminhada o meu muito obrigado pelo companheirismo, amizade e cumplicidade.

Aos amigos de fora da universidade agradeço pela força e pelos importantes momentos de distração que vocês me proporcionaram.

Agradeço a minha orientadora Professora Cláudia J. Armellini por praticar diariamente o cuidado humanizado, cuidando não somente do meu trabalho de conclusão, mas também da minha saúde e bem estar. Agradeço pela preocupação, dedicação e pelos sábios ensinamentos.

RESUMO

A episiotomia é um procedimento realizado durante o nascimento, desde o século XVIII, com objetivo de ampliar a dimensão da vagina. Tem sido usada de forma rotineira, sem o consentimento da parturiente, ainda que existam evidências científicas comprovando seu malefício. Objetivou-se conhecer os critérios para a realização da episiotomia descritos na literatura. Este estudo é realizado por meio de uma revisão integrativa baseada em Cooper (1982), definida como um método que agrupa os resultados obtidos de pesquisas sobre o mesmo assunto. O estudo contou com a amostra de 21 artigos inseridos nas bases de dados LILACS e MEDLINE, publicados entre os anos de 2006 e 2010 nos idiomas inglês, português e espanhol. Foram encontrados como critérios para realização da episiotomia o sofrimento fetal, a macrosomia, a expulsão fetal lenta, a prematuridade, a variedade de posição occipitosacra, a necessidade abreviar o período expulsivo, a distócia de ombro, o parto com fórceps, o risco de laceração perineal, a primiparidade, a exaustão materna, o períneo curto, a episiotomia anterior, a leucorréia, a falta de colaboração materna, a pouca elasticidade perineal e a progressão insuficiente do trabalho de parto. Constatou-se que não há concordância entre os critérios encontrados neste estudo e os estabelecidos pela OMS (1996) e Ministério da Saúde (2001). Será que os profissionais desconhecem os critérios estabelecidos pela OMS (1966) e Ministério da Saúde (2001)? Se eles conhecem os critérios, por que não os utilizam? Será que os critérios descritos pelas fontes incluídas nesta revisão visam somente o benefício da mãe e do feto/recém-nascido? Para responder tais questionamentos novos estudos são necessários mais estudos.

É necessário que os profissionais revejam os antigos conceitos através da educação continuada, além disso, as mulheres devem ser empoderadas do conhecimento acerca do assunto para que possam questionar e recusar a episiotomia quando esta não for necessária. Acredito que há mulheres que se beneficiam da episiotomia, motivo pelo qual não deve ser totalmente abolida, contudo esta tecnologia deve ser utilizada seletivamente de acordo com os critérios preconizados pela OMS (1996) e Ministério da Saúde (2001).

Descritores: Episiotomia, Períneo, Parto e Parto Humanizado

Palavra chave: *Delivery*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Resultado da distribuição dos artigos publicados entre 2006 e 2010, segundo descritores e bases de dados.....	19
Quadro 2 - Artigos que compõem a amostra do estudo.....	22
Tabela 1- Distribuição dos artigos segundo o ano de publicação.....	23
Gráfico 1- Distribuição dos artigos segundo o idioma de publicação.....	24
Gráfico 2- Distribuição dos artigos segundo país de procedência do estudo.....	25
Gráfico 3- Distribuição dos artigos segundo a prática da episiotomia restritiva/seletiva e episiotomia rotineira e a descrição de seus critérios.....	28
Quadro 2- Critérios para realização da episiotomia segundo os autores.....	31
Gráfico 4- Percentual de citações segundo os critérios fetais para a realização da episiotomia.....	34
Gráfico 5- Percentual de citações segundo os critérios maternos para a realização da episiotomia.....	37
Quadro 3- Recomendações sobre o uso de episiotomia segundo os autores.....	40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 OBJETIVO	10
3 REVISÃO DE LITERATURA	11
3.1 Contexto histórico da episiotomia	11
3.2 Vantagens e desvantagens da episiotomia	12
3.3 Tipos de episiotomia	14
3.3.1 Episiotomia Mediana	14
3.3.2 Episiotomia Lateral	14
3.3.3 Episiotomia Médio-lateral	15
3.4 Período clínico para realização da episiotomia	16
3.5 Fatores que podem favorecer na frequência de episiotomia	16
4 MÉTODO	17
4.1 Tipo de estudo	18
4.2 Formulação do problema	18
4.3 Coleta de dados	18
4.4 Avaliação dos dados	20
4.5 Análise e interpretação dos dados	20
4.6 Apresentação dos resultados	20
4.7 Aspectos éticos	20
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	21
5.1 Caracterização da amostra	22
5.2 Episiotomia restritiva/seletiva e rotineira	26
5.3 Critérios para realização da episiotomia	29
5.3.1 Critérios fetais para realização da episiotomia	32

5.3.2 Critérios maternos para realização da episiotomia	35
5.4 Recomendações dos autores sobre episiotomia	38
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	43
APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados	48
APÊNDICE B – Quadro sinóptico.....	59
ANEXO I - Carta de aprovação da COMPESQ – EEUFRGS.....	50

1 INTRODUÇÃO

A episiotomia é uma intervenção definida como uma incisão cirúrgica no períneo, utilizada no período expulsivo do trabalho de parto com o objetivo de ampliar a dimensão da vagina para o nascimento (MYERS-HELFGOTT; HELFGOTT, 1999).

A partir do século XVIII houve um crescente interesse da medicina pela reprodução e a entrada dos homens no quarto de parir sendo, ao longo dos anos, incorporadas intervenções na assistência durante a gestação e o parto, entre elas a episiotomia (OLIVEIRA; MIQUILINI, 2005).

Para Borges, Serrano e Pereira (2003), na primeira metade do século XX fatores como a hospitalização do parto, posição horizontal para dar a luz e o uso de fórceps, juntamente com o incentivo de alguns ginecologistas, tornaram a episiotomia uma recomendação profilática e sistemática, com a justificativa de diminuir a morbi-mortalidade materna e neonatal. Esta crença perdura até os dias de hoje, embora desde a década de 70 haja evidências e recomendações de que a episiotomia não deva ser praticada rotineiramente (DINIZ, 2005).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o uso limitado da episiotomia, pois não existem evidências confiáveis de que o uso liberal desta prática tenha efeito benéfico (OMS, 1996). Estudos mostram claramente que esse procedimento pode causar danos como, por exemplo, maior perda sanguínea, disfunção sexual (OLIVEIRA; MIQUILINI, 2005; CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010a), incontinência urinária e fecal, maior tempo de internação hospitalar, formação de hematomas e infecção pós-natal (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010a).

De acordo com a Classificação de Práticas do Parto Normal, preconizada pela OMS, o uso liberal ou rotineiro da episiotomia é considerado uma prática frequentemente utilizada de modo inadequado (OMS, 1996).

Segundo Lago e Lima (2009), a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 mostrou que a frequência da episiotomia no Brasil é de 71,6%, sendo esses índices ainda maiores em nível estadual e no Rio Grande do Sul chega a 78,5% das mulheres.

As taxas de episiotomia no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) chegaram a 86,7% em 1997 (MARTINS-COSTA *et al.*, 1997), contudo desde 2000 a instituição adotou a recomendação de episiotomia restritiva reduzindo para 54% a frequência do procedimento no ano de 2008 (MARTINS-COSTA *et al.*, 2011).

Em 2009, durante o 6º semestre do curso de Enfermagem, realizei estágio no Centro Obstétrico (CO) do HCPA, onde prestei o cuidado à mulheres com parto vaginal, com e sem episiotomia. Durante este período ao realizar as atividades acadêmicas observei, por meio da leitura dos prontuários das puérperas, que não havia registros sobre a indicação da episiotomia, fato que me causou surpresa, considerando a recomendação restritiva para esta intervenção adotada pela Instituição em 2000.

As taxas de episiotomia no HCPA reduziram desde a implementação da prática de episiotomia restritiva, contudo ainda permanecem elevadas, indo de encontro ao que preconiza a Organização Mundial da Saúde de que o percentual deste procedimento seja de até 10% (OMS, 1996).

As publicações da Organização Mundial da Saúde (1996) e do Ministério da Saúde (2001) citam que em determinadas situações, como sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do trabalho de parto e ameaça de laceração de 3º grau (incluindo laceração anterior) podem ser bons motivos para a indicação da episiotomia.

A *World Health Organization* (2005) preconiza que a episiotomia seja indicada apenas nos casos de parto vaginal complicado (pélvico, distócia de ombro, vácuo), cicatrização deficiente genital, lacerações fibróticas de 3º ou 4º grau e sofrimento fetal.

Carroli e Mignini (2011), autores da Revisão Sistemática sobre parto vaginal com episiotomia, concluem que a episiotomia, como um procedimento de uso restrito, traz maiores benefícios que o uso rotineiro e, por isso, deve ser apoiado. Nesse sentido, alguns autores expressam a necessidade de se realizar estudos para conhecer/definir os fatores que levam os profissionais a praticarem a episiotomia e as indicações para seu uso (BORGES; SERRANO; PEREIRA, 2003; OLIVEIRA; MIQUILINI, 2005; CREPALDI; MAGALHÃES, 2007).

O comprometimento da equipe de saúde com a assistência às mulheres no momento do parto e nascimento deve objetivar a qualidade do cuidado e a segurança da parturiente, como por exemplo, evitar o uso rotineiro da episiotomia.

Estão disponíveis no país os elementos técnicos para implementar modificações na assistência ao parto e, para que isso ocorra, o que falta é avançar na promoção de mudanças institucionais (DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO, 2002).

Vale notar que, embora a episiotomia seja um procedimento comum na atenção obstétrica, é normalmente realizada de modo autoritário sem o consentimento da mulher e sem o esclarecimento sobre as possíveis consequências da sua realização. Mesmo sem os conhecimentos das evidências científicas, muitas mulheres sentem-se injustiçadas por essa violência física e emocional. Neste sentido as feministas defendem o direito das mulheres à escolha informada durante o parto (DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO, 2002).

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.

Diante destas considerações, surgiu o interesse e a motivação em estudar os critérios para a realização da episiotomia descritos na literatura, além dos preconizados pela OMS (1996) e o Ministério da Saúde (2001).

Portanto, este estudo pretende colaborar com a ampliação e atualização do conhecimento da equipe de enfermagem frente às indicações para o uso da episiotomia, qualificar-me, como futura enfermeira, para a assistência ao parto e para a orientação das mulheres acerca do assunto. Acredito que o conhecimento proporciona empoderamento e pode resultar em maior autonomia dessa clientela sobre seu corpo e seus direitos durante o parto.

2 OBJETIVO

Conhecer os critérios para a realização da episiotomia descritos na literatura.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Na revisão de literatura serão abordados aspectos quanto ao contexto histórico da episiotomia, vantagens e desvantagens da episiotomia, tipos de episiotomia, período clínico para a realização da episiotomia e fatores que podem implicar na frequência da mesma.

3.1 Contexto histórico da episiotomia

A episiotomia foi introduzida no século XVIII por Sir Fielding Ould, obstetra irlandês, como um procedimento que deveria ser realizado de maneira excepcional, para ajudar no nascimento em partos complicados e evitar lacerações graves do períneo (MATTAR; AQUINO; MESQUITA, 2007).

A visão do nascimento como um processo normal, exigindo o mínimo de intervenção, foi substituída pelo conceito do parto como um processo patológico, que recorria a intervenções para diminuir ou evitar as complicações. Deste modo, reuniu melhores condições de assepsia, levando a um ambiente propício à realização da episiotomia com maior segurança (BORGES; SERRANO; PEREIRA, 2003; AMORIN; KATZ, 2008).

Em diversos países, em especial nos Estados Unidos da América e países latino-americanos, a episiotomia tornou-se disseminada no século XX. No Brasil, foi incorporada pelos profissionais somente a partir de 1970, transformando-se num procedimento de rotina nos hospitais (PROGIANTI; ARAÚJO; MOUTA, 2008).

Contradizendo o que dizia Ould, a episiotomia passou a ser recomendada e difundida sistematicamente por dois ginecologistas famosos, Pomeroy e DeLee. Pomeroy, em 1918, após escrever o artigo intitulado “Deveríamos cortar e reparar o períneo de todas as primíparas?” expressou sua preferência pela episiotomia mediana e recomendou que fosse realizada nas primigestas para evitar traumas cranianos no bebê (LABRECQUE *et al.*, 2000; MATTAR; AQUINO; MESQUITA, 2007). Contudo, segundo Labrecque *et al.* (2000), a recomendação de Pomeroy expressava maior caráter político que científico, já que afirmava ser a episiotomia

mediana de uso exclusivo a ginecologistas e obstetras experientes, e as parteiras e os médicos generalistas deveriam ocupar-se somente com as múltíparas.

De Lee, em 1920, preferindo a incisão médio-lateral, recomendava a episiotomia rotineira e fórceps de alívio em todas as primíparas (MATTAR; AQUINO; MESQUITA, 2007). A episiotomia diminuiria as lacerações graves e o fórceps, ao reduzir o tempo do período expulsivo, diminuiria o risco de trauma fetal, como, por exemplo, a hipóxia (MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE, 2006; MATTAR; AQUINO; MESQUITA, 2007; AMORIN; KATZ, 2008), o trauma craniano, a hemorragia cerebral e o retardo mental, além de proteger os fetos prematuros da pressão causada contra o períneo (MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE, 2006).

Estas considerações embasaram gerações de profissionais a realizarem a episiotomia rotineira e acreditarem que traria benefícios para mãe e recém-nascido.

Segundo Amorin e Katz (2008), o número de episiotomias só passou a reduzir a partir da década de 1970, quando os movimentos feministas e as campanhas pró-parto ativo questionaram o procedimento. Junto a este fato, segundo estes autores, foram publicados os primeiros estudos clínicos bem conduzidos sobre o assunto, que mostraram a falta de evidências quanto a sua eficácia e os riscos associados a sua prática, com isso, passou-se a questionar o uso rotineiro da episiotomia.

3.2 Vantagens e desvantagens da episiotomia

Os efeitos benéficos da episiotomia, segundo Enkin *et al.* (2005), são a diminuição de possíveis lacerações graves, a preservação do assoalho pélvico e do músculo perineal, melhorando a função sexual e o risco de incontinência fecal e/ou urinária; a redução do risco de distócia de ombro; o reparo mais fácil e a melhor cicatrização se comparada com a laceração espontânea do períneo, pois a incisão é limpa e reta. Para o recém-nascido, o uso da episiotomia tem como vantagem a redução da asfixia e o traumatismo craniano. Por outro lado o mesmo autor sugere vários efeitos adversos como: a secção ou extensão da secção para o esfíncter anal ou para o reto; resultados anatômicos insatisfatórios (fibromas moles, assimetria ou estreitamento excessivo do intróito vaginal); prolapso vaginal; fístulas retovaginais ou anais; aumento da perda de sangue e hematoma; dor e edema; infecção e deiscência; e disfunção sexual. Esses autores corroboram com Neme (2000)

afirmando que o procedimento diminui a incidência de hemorragia cerebral nos recém nascidos.

Em contrapartida, Goer (1997) afirma que nenhuma pesquisa conseguiu provar que a incisão protege a função neurológica fetal, mesmo em bebês prematuros, pois o períneo feminino é um tecido macio e elástico, incapaz de causar lesão cerebral.

Nos últimos anos foram publicados diversos estudos avaliando os reais benefícios da episiotomia rotineira, com o objetivo de reduzir as intervenções desnecessárias no processo de parir.

Para Klein *et al.* (1994), o uso rotineiro da intervenção não traz bons resultados na prevenção de lacerações perineais graves, pelo contrário, está fortemente associado com a ocorrência de lacerações de 3º e 4º graus.

Um estudo objetivou avaliar o efeito da episiotomia médio-lateral sobre a força do assoalho pélvico e a incontinência urinária e fecal, sendo incluídas 509 puérperas distribuídas em dois grupos, o primeiro submetido à episiotomia e o segundo com períneo íntegro ou lacerações de 1º e 2º graus. O resultado mostrou que a episiotomia não protege contra a incontinência urinária e fecal, tão pouco o prolapso genital, e associou a episiotomia a uma menor força muscular do assoalho pélvico, maior dispareunia e dor perineal em comparação com as lacerações espontâneas do períneo (SARTORE *et al.*, 2004). Goer (1997) concorda com estes autores afirmando que a episiotomia não impede o relaxamento dos músculos do assoalho pélvico, portanto não previne a incontinência urinária, nem melhora a satisfação sexual.

Estudo com o objetivo de analisar os fatores de risco para hemorragia pós-parto, realizado em 24 maternidades públicas na Argentina e Uruguai, mostra que a episiotomia e a episiorrafia são fatores de risco para hemorragia grave (≥ 1000 ml de perda sanguínea) e moderada (≥ 500 ml) (SOSA *et al.*, 2009).

A episiotomia pode causar outros efeitos adversos tais como: estreitamento excessivo do intróito vaginal; prolapso vaginal; fístulas anal ou reto-vaginal; aumento da perda de sangue (ENKIN *et al.*, 2005) e, como em qualquer cirurgia, pode causar infecção (GOER, 1997; ENKIN *et al.*, 2005).

Uma revisão sistemática, publicada pela Biblioteca Cochrane, evidenciou que a episiotomia de uso restrito – realizada nos casos onde há indicações específicas - se comparada à rotineira tem menor risco de morbidade como trauma perineal

severo, trauma perineal posterior, necessidade de sutura e complicações na cicatrização, sendo o aumento do trauma perineal anterior a única desvantagem do uso restrito (CARROLI; MIGNINI, 2011). Vale ressaltar que o trauma perineal anterior, normalmente, causa sangramento em menor quantidade, não necessita de sutura e é menos doloroso que os traumas de períneo posterior (MATTAR; AQUINO; MESQUITA, 2007).

3.3 Tipos de episiotomia

A episiotomia pode ser mediana, lateral e médio-lateral. A episiotomia mediana é mais utilizada na América do Norte, enquanto que uma incisão médio-lateral é utilizada com maior frequência na Europa e América Latina (LEDE; BELIZAN; CARROLI, 1996).

3.3.1 Episiotomia Mediana

Também chamada de perineotomia, tem a incisão realizada na linha média do períneo quase até o limite do ânus e amplia melhor o canal do parto. A incisão atinge a pele, a mucosa vaginal e as fáscias superficiais e profundas do períneo, respeitando mais a anatomia se comparada às outras formas (NEME, 2000).

Este tipo de episiotomia tem como desvantagem o risco de ocorrer um prolongamento da incisão e rotura de esfíncter anal no momento do nascimento (JULIO, 2000), assim como está relacionada a lacerações de 3° e 4° graus (KLEIN *et al.*, 1994; SARTORE *et al.*, 2004).

Neme (2000) recomenda o uso da perineotomia, destacando como vantagens a menor perda sanguínea, a realização e reparação mais fáceis, a menor queixa dolorosa no pós-parto e nas relações sexuais, e melhor resultado no aspecto estético. Oxorn (1989) contra-indica nos casos de períneo curto, macrossomia fetal e parto difícil.

3.3.2 Episiotomia Lateral

A episiotomia lateral está em desuso por suas desvantagens. O local de sua realização está relacionado à maior frequência de sangramento, por ser uma região

muito vascularizada, e sua utilização pode lesar os feixes internos do músculo elevador do ânus (NEME, 2000; ZUGAIB, 2008).

3.3.3 Episiotomia Médio-lateral

A incisão médio-lateral é feita na linha média do funículo posterior da abertura vaginal, em direção à tuberosidade isquiática (OXORN, 1989). O corte abrange pele, mucosa vaginal, aponeurose superficial do períneo, fibras dos músculos bulbo cavernoso e do transverso superficial do períneo e, algumas vezes, fibras internas do elevador do ânus.

A episiotomia médio-lateral é a mais usada por não ter risco de lesar o esfíncter e a mucosa retal (NEME, 2000; OLIVEIRA; MIQUILINI, 2005). Este tipo de incisão, se comparado à incisão mediana, protege mais o períneo quando se trata de um parto com fórceps (LEDE; BELIZAN; CARROLI, 1996).

Tem como ponto negativo o fato da sutura causar deformidades na musculatura, ocasionando possível incômodo na relação sexual e na redução da força muscular do períneo (NEME, 2000).

Carroli e Mignini (2011) referem, em revisão sistemática, que até o momento não existem estudos suficientes para que se saiba que tipo de episiotomia é mais benéfica e recomendável.

3.4 Período clínico para a realização da episiotomia

A episiotomia deve ser realizada em um momento adequado, nem muito cedo, para evitar o sangramento desnecessário, nem tardiamente, para evitar roturas submucosas não aparentes (NEME, 2000).

Para a maioria dos autores é praticada quando a apresentação fetal força e abre a fenda vulvar, no momento da coroação da cabeça (JULIO, 2000; NEME, 2000).

A incisão deve ser feita preferencialmente quando a apresentação fetal estiver abaixo do terceiro plano de DeLee (MARTINS-COSTA *et al.*, 2011).

É indicado que a realização do procedimento seja quando o períneo esteja distendido e 3 a 4 cm da cabeça do bebê esteja visível durante a contração, bem como alerta para que não seja feita precipitadamente ocasionando sangramento (WHO, 2005).

3.5 Fatores que podem favorecer a realização da episiotomia

Um dos fatores que podem favorecer a realização da episiotomia é a orientação sobre os critérios para a sua realização preconizados nos livros textos de obstetrícia que embasaram e ainda embasam os profissionais.

Oxorn (1989) menciona a episiotomia como um procedimento profilático, para preservar a integridade do assoalho pélvico; na ocasião de um períneo resistente; em períneo com cicatriz operatória e quando lacerações grandes parecem inevitáveis. Aponta, também, como motivos para a realização de episiotomia os fetos prematuros ou enfermos, fetos macrossômicos, posição fetal anômala e sofrimento fetal.

A obra de Rezende (1998), muito utilizada entre estudantes e profissionais da área obstétrica, indica a episiotomia quando o períneo apresenta pouca elasticidade. O autor afirma que esse procedimento seria indispensável, na maioria das vezes, em primíparas e em paciente que já tiveram partos com episiotomia anteriormente.

Segundo Neme (2000), a episiotomia é recomendada quando o assoalho pélvico apresenta pouca distensibilidade e sugere roturas extensas e irregulares ou quando as condições locais do assoalho pélvico sugerem hiperdistensão do mesmo.

Zugaib (2008) quando aborda o tema episiotomia refere que:

[...] A despeito de algumas recomendações para que a realização da episiotomia seja restrita, nós a preconizamos em praticamente todos os partos por ser benéfica, com exceção dos casos de grandes múltiparas, nas quais seja evidente que a lesão muscular e perineal já tenha se instalado em parto anterior [...] (p. 369).

Para Martins-Costa *et al.* (2011), as indicações para se realizar a incisão no períneo são fetos não reativos, variedades occipito-posteriores, fetos grandes, uso de fórceps, insuficiência cardíaca materna e período expulsivo demorado.

Podemos observar que ao longo dos anos a visão de alguns autores vai se modificando, passando a adotar uma característica de indicação mais restritiva para a episiotomia.

Ainda no que se referem aos fatores que podem favorecer a realização da episiotomia, algumas técnicas adotadas no momento do nascimento tornam o procedimento mais frequente, como a adoção do parto em posição horizontal (OLIVEIRA; MIQUILINI, 2005; CREPALDI; MAGALHÃES, 2007; AMORIN; KATZ, 2008).

Oliveira e Miquilini (2005) afirmam que a posição litotômica implica no aumento da duração do trabalho de parto, devido à diminuição da intensidade e da eficácia das contrações. Os mesmos autores relatam que a posição decúbito dorsal promove o risco de sofrimento fetal, resultado da pressão da veia cava inferior, o que reduz o fluxo sanguíneo de oxigênio para o feto.

Outros fatores que podem aumentar a necessidade de episiotomia são as técnicas anestésicas, pois dificultam os esforços maternos no período expulsivo do trabalho de parto (CREPALDI; MAGALHÃES, 2007; AMORIN; KATZ, 2008), e o consequente aumento do uso de fórceps, exigindo mais espaço para a manipulação vaginal (AMORIN; KATZ, 2008).

4 MÉTODO

A seguir são descritos o tipo de estudo, a formulação do problema, a coleta de dados, a avaliação dos dados, a análise e interpretação dos dados, a apresentação dos resultados e os aspectos éticos relacionados ao estudo.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa (RI) de pesquisa, segundo Cooper (1982), que a definiu como um método que agrupa os resultados de pesquisas sobre o mesmo assunto, com o objetivo de sintetizar e analisar esses dados para desenvolver uma explicação mais abrangente de um fenômeno específico.

Cooper (1982) orienta cinco etapas a serem seguidas na RI que são: formulação do problema; coleta de dados; avaliação, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados.

4.2. Formulação do problema

A delimitação do problema desenvolveu-se a partir da seguinte questão norteadora: “Quais são os critérios para a realização da episiotomia descritos na literatura?”

4.3. Coleta de dados

Para a realização da pesquisa foram utilizados periódicos que contemplaram a temática do assunto e encontravam-se indexados nas bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE).

Os critérios de inclusão foram: artigos originais que responderam a questão norteadora, publicados no período de 2006 a 2011, na língua portuguesa, espanhola e inglesa, resultantes de estudos do tipo quantitativo, qualitativo e mistos, disponíveis gratuitamente *on line* e na íntegra.

Nesta etapa de coleta de dados, os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), criados pela Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), foram os seguintes: episiotomia, períneo, parto, parto humanizado. Para captar um maior número de artigos foi acrescentado à busca, na base de dados MEDLINE, o termo *delivery*, pois a literatura norte americana utiliza com maior frequência esta nomenclatura quando aborda o parto. Os resultados obtidos nesta busca estão descritos no Quadro 1.

DeCs Bases de Dados	Episiotomy AND Perineum	Episiotomy AND Parturition	Episiotomy AND Humanizing delivery	Episiotomy AND Delivery	Total
LILACS	15	47	4	-	66
MEDLINE	125	26	0	341	492
Total	140	73	4	341	558

Quadro 1- Resultado da distribuição dos artigos publicados entre 2006 e 2010, segundo descritores e bases de dados.

Na busca dos artigos nas bases de dados escolhidas encontrou-se 66 artigos na LILACS e 492 artigos na MEDLINE, obtendo-se um total de 558 artigos.

Vale ressaltar que 112 artigos estavam duplicados e sete triplicados na base de dados MEDLINE. Na base de dados LILACS, 15 artigos estavam duplicados e dois triplicados. Não houve repetições de artigos entre as bases de dados.

Portanto, num primeiro momento, um total de 422 títulos serviu de objeto de análise, realizando-se a leitura de seus títulos e resumos.

4.4 Avaliação dos dados

Com a leitura dos títulos e resumos foram selecionados artigos para serem lidos na íntegra. A avaliação foi realizada por meio da leitura criteriosa dos artigos focando a pergunta norteadora. Identificou-se 21 publicações que constituíram a amostra deste estudo.

Para o registro das informações dos estudos selecionados, foi elaborado e preenchido um Instrumento de Coleta de Dados (APÊNDICE A) que contempla os seguintes aspectos: dados de identificação do artigo (título, país de origem, idioma, autores, titulação dos autores, nome do periódico, ano de publicação, volume e número); objetivo do estudo; tipo de estudo; tamanho da amostra; local do estudo; critério para realização da episiotomia; conclusões e limitações do estudo.

4.5 Análise e interpretação dos dados

O objetivo desta etapa foi sintetizar e comparar os dados dos artigos selecionados registrados no instrumento de coleta (COOPER, 1982). Para isso, foi elaborado um quadro sinóptico (APÊNDICE B) com as informações contidas neste instrumento e necessárias para o desenvolvimento deste estudo.

4.6 Apresentação dos resultados

Os resultados da pesquisa foram apresentados utilizando-se quadros, tabelas e gráficos.

4.7 Aspectos éticos

Foi mantida a autenticidade das idéias, conceitos e definições dos autores dos artigos, assim como foram realizada as citações e referências de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) (MIRANDA, 2007).

Após a aprovação do projeto deste estudo na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso I, o mesmo foi encaminhado e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ – EEUFRGS) sob o número 045-10 (ANEXO I).

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A seguir serão apresentados os resultados deste estudo por meio de gráficos, quadros e tabelas.

A amostra constituiu-se de 21 artigos descritos na tabela abaixo.

Nº artigo	Título	Autores
1	Fatores associados à realização seletiva da episiotomia em Hospital Universitário	MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE (2006).
2	Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar	SANTOS <i>et al.</i> (2008).
3	Discurso do sujeito coletivo das mulheres que sofreram episiotomia	SANTOS, SHIMO (2007).
4	Ensino da prevenção e reparo do trauma perineal nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica	SILVEIRA; RIESCO (2008).
5	Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil	CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO (2010).
6	Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas	BARACHO <i>et al.</i> (2009).
7	Incontinencia fecal por lesiones ocultas del mecanismo de esfínter anal, y factores asociados em pacientes primíparas sin episiotomía media de rutina	BELMONTES-MONTES; CERVERA-SERVIN; GARCIA-VÁZQUEZ (2006).
8	Prácticas clínicas em el cuidado de gestantes y recién nacidos em algunos hospitales de Bogotá	ROJAS-HIGUERA; LONDOÑO-CARDONA; ARANGO-GÓMEZ (2006).
9	Evidence-informed obstetric practice during normal birth in china: trends and influences in four hospitals	XU <i>et al.</i> (2006)
10	Episiotomy is still performed routinely in Yemeni women	FRASS; AL-HARAZI (2010).
11	Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third or fourth degree lacerations in mulliparous women	RODRIGUEZ <i>et al.</i> (2008).
12	Factors influencing the use of episiotomy during vaginal delivery in South Eastern Nigeria	CHIGBU <i>et al.</i> (2008).
13	A comparison of labour and birth outcomes in Jordan with WHO guidelines: a descriptive study using a new birth record	KHRESHEH; HOMER; BARCLAY (2009).

Quadro 2 – Artigos que compõem a amostra do estudo.

14	Does early repair of episiotomy decrease postpartum blood loss: a randomized clinical trial	OZDEGIRMENCI <i>et al</i> (2010).
15	Is the policy of restrictive episiotomy generalisable? A prospective observational study	LAI <i>et al.</i> (2009).
16	Effectiveness of local anaesthetics with and without vasoconstrictors for perineal repair during spontaneous delivery: double-blind randomized controlled trial	COLACIOPPO; RIESCO (2006).
17	The practice of episiotomy in public hospital in Hong Kong	LAM; WONG; PUN (2006).
18	Use of hyaluronidase to prevent perineal trauma during spontaneous delivery: a pilot study	SCARABOTTO; RIESCO (2008).
19	Demographic variations and clinical associations of episiotomy and severe perineal lacerations in vaginal delivery	OGUNYEMI <i>et al.</i> (2006).
20	Incidence and risk factors for severe perineal laceration after vaginal delivery in Japanese patients	NAKAI <i>et al.</i> (2006).
21	Risk Factors for postpartum hemorrhage in vaginal deliveries in a Latin-American population	SOSA <i>et al.</i> (2009).

Quadro 2 – Continuação

5.1 Caracterização da amostra

A amostra foi caracterizada segundo o ano de publicação, idioma de publicação e país de procedência do estudo.

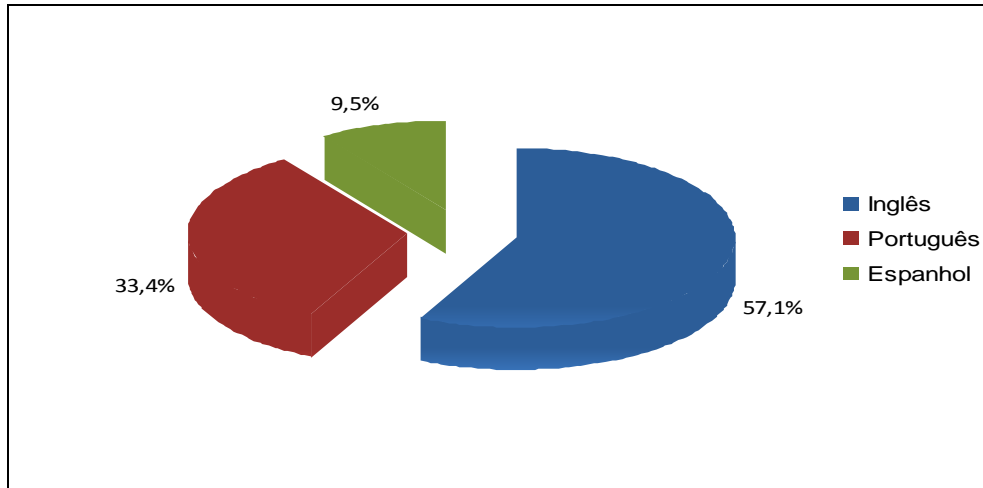
Tabela 1- Distribuição dos artigos segundo o ano de publicação

ANO DE PUBLICAÇÃO	F	%
2006	9	42,9
2007	1	4,8
2008	4	19,0
2009	4	19,0
2010	3	14,3
TOTAL	21	100,0

Legenda: F - Frequência % - Porcentual

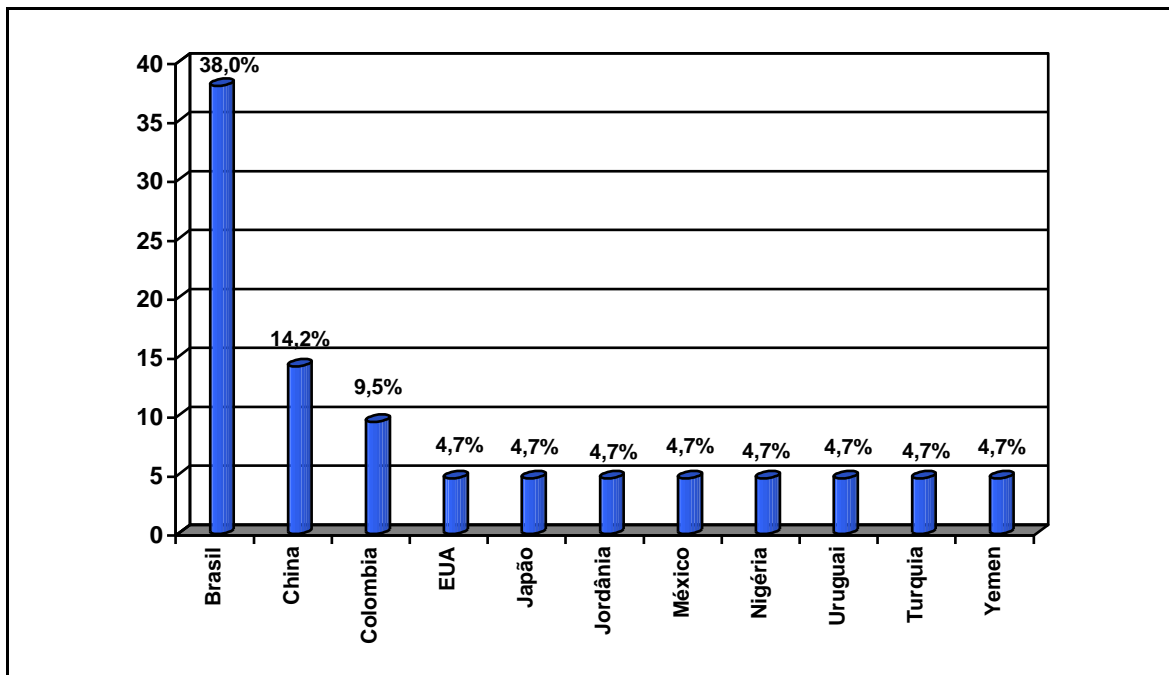
Conforme a Tabela 1 a maior concentração de publicações ocorreu no ano de 2006, com nove artigos (42,9%), seguido dos anos de 2008 e 2009, com quatro artigos (19,0%) cada ano, e de 2010, com três artigos (14,3%).

Gráfico 1- Distribuição dos artigos segundo o idioma de publicação.



Quanto ao idioma, 12 artigos (57,1%) foram publicados em inglês, sete em português (33,4%) e dois (9,5%) em espanhol (Gráfico 1). Tal fato ocorreu porque na base de dados MEDLINE a maioria dos artigos são publicados na língua inglesa, e na LILACS, além de serem publicados em português e espanhol, há artigos na língua inglesa.

Gráfico 2- Distribuição dos artigos segundo país de procedência do estudo.



No Gráfico 2, constata-se que dos 21 artigos selecionados, oito (38,0%) procederam do Brasil, três (14,2%) da China e dois (9,5%) da Colômbia. Os demais países, Estados Unidos, Japão, Jordânia, México, Nigéria, Turquia, Uruguai e Yemen, apresentaram um artigo (4,7%) cada um.

O continente Americano foi o que mais publicou estudos, 13 artigos (61,9%), abordando os critérios para realização da episiotomia. O segundo continente de maior publicação, com sete artigos (33,3%), foi a Ásia e seguido da África com um artigo (4,7%). Observa-se que não se encontrou, nesta revisão, artigos procedentes da Europa e Oceania.

O fato dos percentuais de artigos serem mais elevados no continente Americano pode ser devido à escolha das bases de dados pesquisadas. Os artigos indexados na base de dados MEDLINE são, em sua maioria, procedentes dos norte americanos, e na LILACS é uma base de dados latino-americana.

Entre os países do continente Americano, o Brasil foi o que apresentou o maior número de artigos. Acredita-se que isso pode estar relacionado ao movimento de humanização da assistência ao parto impulsionado por experiências em vários Estados do país.

Na década de 1970, inspirados por práticas tradicionais de parteiras e índios, surgem profissionais que discordavam das práticas intervencionistas no parto, como Galba de Araújo no Ceará e Moisés Paciornick no Paraná (DINIZ, 2005).

Na década de 1980, vários grupos, como o Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde e a Associação Comunitária Monte Azul em São Paulo, e os grupos Curumim e Cais do Parto em Pernambuco, já ofereciam assistência humanizada à gravidez e ao parto e propuseram mudanças nas práticas (DINIZ, 2005).

Em 17 de setembro de 1993 foi fundada a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (ReHuNa), na cidade de Campinas/SP, onde reuniram-se pessoas interessadas em discutir o modelo de atenção ao nascimento predominante no Brasil (TORNQUIST, 2004). A Carta de Campinas, documento fundador dessa rede, denuncia a violência da imposição de rotinas, da posição de parto e das interferências obstétricas desnecessárias transformando o parto em uma experiência de terror, impotência, alienação e dor (REHUNA, 1993¹ citado por TORNQUIST, 2004).

Segundo Tornquist (2004), em 2003 a ReHuNa contava com 259 associados, 31% médicos e 34% enfermeiros, sendo que dentre estes havia um número expressivo que atuava na formação de profissionais. Este fato também poderia explicar o número de publicações sobre práticas utilizadas de modo inadequado, como a episiotomia.

A partir do fim da década de 1990, a política de humanização do parto passou a ser discutida virtualmente através de páginas eletrônicas como Parto Natural, Amigas do Parto, ReHuNa, Materna, Parto Nosso, Mães Empoderadas (DINIZ, 2005). Atualmente pode-se acrescentar entre as páginas eletrônicas que discutem a humanização do parto a Xô episio, Parto do Princípio, Parto Humanizado, Gestante Ativa, Maternidade Ativa, dentre outras.

Ao passo que acontece a globalização das discussões sobre a humanização do parto, por meio dos sites e blogs, chegaram ao Brasil as recomendações da OMS publicadas pelo Ministério da Saúde, sob o título *Assistência ao Parto Normal – Um Guia Prático*, e enviada a cada um dos ginecologistas-obstetras e enfermeiras

¹ REHUNA. Carta de Campinas. Campinas, 1993. (mimeo) apud TORNQUIST, C.S. Parto e poder o movimento pela humanização no parto no Brasil. 429 f. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis 2004.

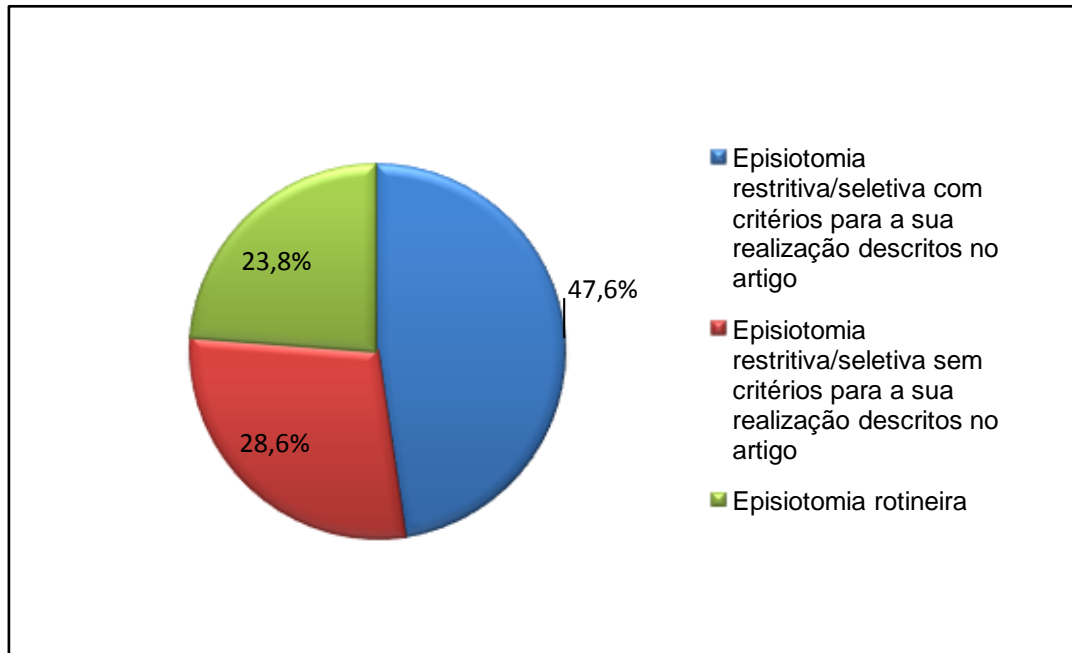
obstetizes do país em 2000 (DINIZ, 2005). Este guia classifica a episiotomia rotineira como sendo uma prática no parto normal utilizada de modo inadequado (OMS, 1996).

Para Diniz (2005), um marco importante, em termos de políticas públicas, foi a criação, em 1998, do Prêmio Galba Araújo para Maternidades Humanizadas e a proposição das Casas de Parto, os critérios para a concessão do prêmio são baseados na adesão às recomendações da OMS.

5.2 Episiotomia restritiva/seletiva e rotineira

O Gráfico 3 apresenta os achados referentes a prática da episiotomia seletiva/restritiva e da episiotomia rotineira e a se os critérios para a realização da mesma estavam descritos nos artigos.

Gráfico 3 – Distribuição dos artigos segundo a prática da episiotomia restritiva/seletiva e episiotomia rotineira e a descrição de seus critérios.



Dentre os 21 artigos que compõem a amostra deste estudo 16 artigos abordam a episiotomia restritiva/seletiva, destes dez descrevem os critérios utilizados e seis não os descrevem. Cinco artigos referem que o procedimento foi realizado de forma rotineira na instituição de estudo.

Conforme mostra o Quadro 3, dez (47,6%) artigos abordam a episiotomia restritiva/seletiva e descrevem os critérios utilizados para a realização da mesma (COLACIOPPO; RIESCO, 2006; MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE, 2006; CHIGBU *et al.*, 2008; RODRIGUEZ *et al.* 2008; SILVEIRA; RIESCO, 2008; KHRESHEH; HOMER; BARCLAY, 2009; LAI *et al* 2009; CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010b; FRASS; AL-HARAZI, 2010, OZDEGIRMENCI *et al.*, 2010;). Além dos artigos que apresentam claramente os critérios para realização dessa prática, fazem parte da amostra desse estudo seis (28,6%) artigos que abordam a episiotomia restritiva/seletiva, contudo não descrevem os critérios para a realização da mesma (BELMONTES-MONTES; CERVERA-SERVIN; GARCIA-VÁZQUEZ, 2006; OGUNYEMI *et al.*, 2006; ROJAS-HIGUERA; LONDOÑO-CARDONA; ARANGO-GÓMEZ, 2006; SCARABOTTO; RIESCO, 2008; BARACHO *et al.*, 2009; SOSA *et al.* 2009).

Cinco artigos (23,8%) (NAKAI *et al.*, 2006; LAM; WONG; PUN, 2006; XU *et al.*, 2006; SANTOS; SHIMO, 2007; SANTOS, *et al.*, 2008) referem que, na instituição de realização do estudo, a episiotomia é feita de modo rotineiro. Dentre eles, quatro artigos não definem o termo “episiotomia rotineira” (NAKAI *et al.*, 2006; LAM; WONG; PUN, 2006; SANTOS; SHIMO, 2007; SANTOS, *et al.*, 2008) e apenas um artigo define o termo como sendo a taxa de episiotomia acima de 65% dos partos (XU *et al.*, 2006).

A expressão “rotineira” derivada da palavra “rotina” é definida como:

[...] 1 Caminho habitualmente seguido ou trilhado; caminho já sabido. 2 Hábito de fazer as coisas sempre da mesma maneira, maquinal ou inconscientemente, pela prática, imitação; desídia etc. 3 Hábito inveterado que se opõe a inovações ou progresso. 4 Feitio e espírito conservador. 5 Relutância contra o que é novo. 6 Costume antigo [...] (WEISZFLOG, 2007, p. 1320).

A partir da definição acima podemos crer que a episiotomia rotineira é um procedimento realizado com um espírito conservador, fechado às inovações e progressos, é habitualmente realizada pela imitação e relutante ao que é novo, neste caso, relutante as recomendações científicas que comprovam os malefícios de seu uso.

Pela análise dos artigos que compõem a amostra deste estudo, pode-se observar que as instituições de realização dos estudos que adotaram uma política restritiva possuíam taxas de realização do procedimento inferiores a 50%, atingindo 11% no Centro de Parto Normal Doutor David Capistrano do Hospital Sofia Feldman, em Belo Horizonte/MG (BARACHO *et al.*, 2009). Em contra partida, as instituições que ainda realizam a episiotomia de modo rotineiro têm suas taxas superiores a 50% alcançando 92,7% em um Hospital Público de Hong Kong, China (LAM; WONG; PUN, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (1996) preconiza que a taxa de episiotomia seja de até 10% e o Ministério da Saúde (2001) determina que a episiotomia deve ser utilizada mediante indicações precisas, sem contudo, delimitar uma incidência aceitável.

Carroli e Mignini (2011), em revisão sistemática sobre a episiotomia, encontraram que quando realizada de modo restritivo, a taxa foi de 28,4%. Esta porcentagem reforça os achados encontrados no estudo randomizado, realizado na Argentina, que comparou a episiotomia restritiva com a rotineira, no qual foram

incluídas 2.606 mulheres, e concluiu que não são justificadas taxas de episiotomia cima de 30% (BELIZAN, 1993).

Baseado no exposto acima, se pode dizer que a frequência de episiotomia deveria situar-se entre 10% e 30%.

5.3 Critérios para realização da episiotomia

O Quadro 2 apresenta os critérios para realização da episiotomia encontrados nesta revisão integrativa.

Vale ressaltar que nenhum dos artigos incluídos na amostra deste estudo teve como objetivo principal identificar os critérios para realização da episiotomia. Os dados sobre o assunto foram extraídos de resultados secundários das pesquisas.

CRITÉRIOS PARA REALIZAÇÃO DA EPISIOTOMIA	AUTORES
Sofrimento fetal	COLACIOPPO; RIESCO (2006); SILVEIRA; RIESCO (2008); RODRIGUEZ <i>et al.</i> (2008); LAI <i>et al.</i> (2009); CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO (2010b); OZDEGIRMENCI <i>et al.</i> (2010).
Macrossomia	COLACIOPPO; RIESCO (2006); MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE (2006); SILVEIRA; RIESCO (2008).
Expulsão fetal lenta	COLACIOPPO; RIESCO (2006); MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE (2006).
Prematuridade	MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE, (2006); SILVEIRA; RIESCO (2008).
Variedade de posição occípito-sacra	MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE (2006).
Necessidade de abreviar o período expulsivo	MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE (2006).
Distócia de ombro	RODRIGUEZ <i>et al.</i> (2008).
Parto com fórceps	MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE (2006); SILVEIRA; RIESCO (2008); RODRIGUEZ <i>et al.</i> (2008).
Risco de laceração perineal espontânea	LAI <i>et al.</i> (2009); OZDEGIRMENCI <i>et al.</i> (2010).
Primiparidade	CHIGBU <i>et al.</i> (2008); KHRESHEH; HOMER; BARCLAY (2009); FRASS; AL-HARAZI (2010).
Risco de laceração perineal espontânea grave	COLACIOPPO; RIESCO (2006); RODRIGUEZ <i>et al.</i> (2008); SILVEIRA; RIESCO (2008).
Exaustão materna	LAI, C. Y. <i>et al.</i> (2009).
Períneo curto	SILVEIRA; RIESCO (2008).
Episiotomia anterior	SILVEIRA; RIESCO (2008).
Leucorréia	SILVEIRA; RIESCO (2008).
Falta de colaboração materna	SILVEIRA; RIESCO (2008).
Pouca elasticidade perineal	SILVEIRA; RIESCO (2008).
Progressão insuficiente do trabalho de parto	CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO (2010b).

Quadro 2- Critérios para realização da episiotomia segundo os autores

Constata-se que o sofrimento fetal é o critério que tem maior número de citações, seis artigos (COLACIOPPO; RIESCO, 2006; SILVEIRA; RIESCO, 2008; RODRIGUEZ, *et al.* 2008; LAI *et al.*, 2009; CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010b; OZDEGIRMENCI *et al.*, 2010).

Outros quatro critérios para a realização da episiotomia, referidos em três artigos cada um, foram: o risco de laceração perineal espontânea grave (COLACIOPPO; RIESCO, 2006; RODRIGUEZ. *et al.*, 2008; SILVEIRA; RIESCO, 2008), a macrosomia (COLACIOPPO; RIESCO, 2006; MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE, 2006; SILVEIRA; RIESCO, 2008), o parto com fórceps (MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE, 2006; RODRIGUEZ *et al.*, 2008; SILVEIRA; RIESCO, 2008;) e a primiparidade (CHIGBU *et al.*, 2008; KHRESHEH; HOMER; BARCLAY, 2009; FRASS; AL-HARAZI, 2010).

Já o risco para laceração perineal espontânea (LAI *et al.* 2009; OZDEGIRMENCI *et al.*, 2010), a expulsão fetal lenta (COLACIOPPO; RIESCO, 2006; MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE, 2006) e a prematuridade (MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE, 2006; SILVEIRA; RIESCO, 2008) foram critérios citados em dois artigos cada um.

Os critérios para a realização da episiotomia mencionados somente em um artigo cada foram: progressão insuficiente do trabalho de parto (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010b), exaustão materna (LAI *et al.*, 2009), períneo curto, episiotomia anterior, leucorréia, falta de colaboração materna, pouca elasticidade perineal (SILVEIRA; RIESCO, 2008), variedade de posição occípito-sacra, necessidade de abreviar o período expulsivo (MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE, 2006), e distócia de ombro (RODRIGUEZ *et al.*, 2008).

Ao comparar os critérios para realização da episiotomia descritos pelos autores nesta revisão integrativa observou-se que existe grande divergência entre eles. O mesmo ocorreu ao comparar estes critérios com os preconizados pela OMS (1996) e Ministério da Saúde (2001). Talvez esta divergência, entre os autores e os critérios preconizados, seja uma das justificativas para que a episiotomia seja uma intervenção utilizada indevidamente.

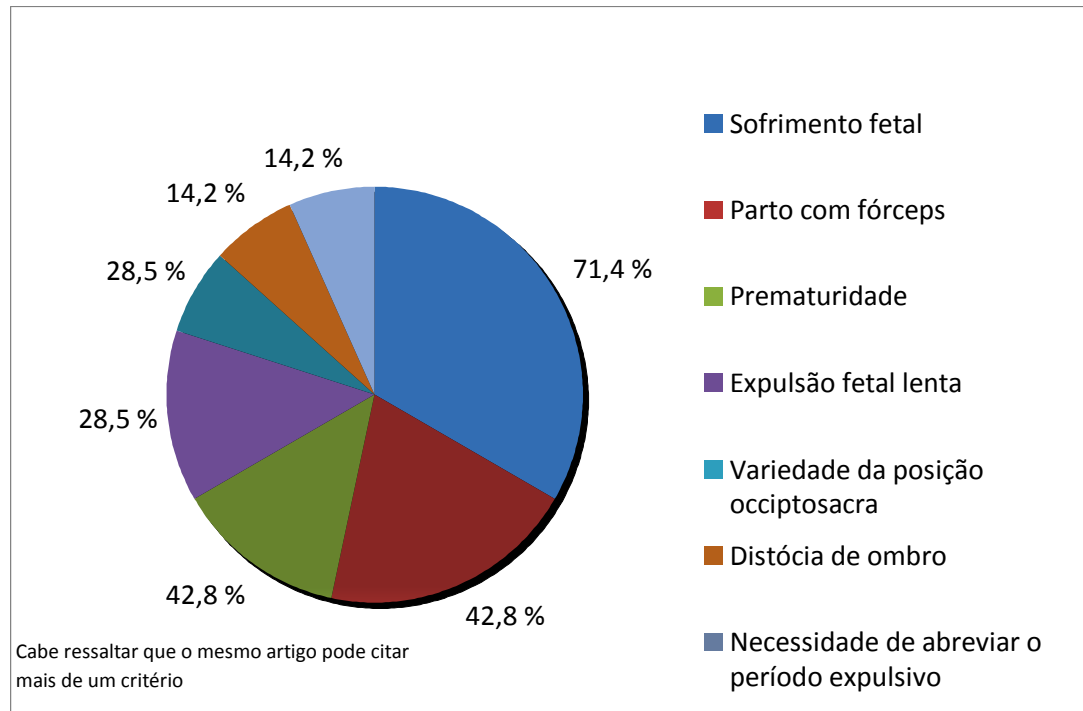
Carroli e Mignini (2011), autores de uma revisão sistemática realizada pela Cochrane, apontam que as indicações para a realização da episiotomia é uma pergunta sem resposta. Levantam algumas hipóteses sobre essa indicação como: uso de fórceps ou vácuo, parto prematuro, parto pélvico, macrosomia e laceração

perineal iminente. Concluem que estudos adicionais são necessários para abordar assunto.

5.3.1 Critérios fetais para realização da episiotomia

Em relação aos critérios encontrados nesta pesquisa foi possível categorizá-los em: critérios maternos e critérios fetais.

Gráfico 4 – Percentual de citações segundo os critérios fetais para a realização da episiotomia.



O sofrimento fetal é o critério para a realização da episiotomia com maior número de citações nesta categoria, cinco (71,4%) artigos (COLACIOPPO; RIESCO, 2006; SILVEIRA; RIESCO, 2008; RODRIGUEZ *et al.*, 2008; LAI *et al.*, 2009; CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010b; OZDEGIRMENCI *et al.*, 2010).

Podem-se relacionar ao sofrimento fetal os critérios expulsão fetal lenta e necessidade de abreviar o período expulsivo, citados em dois (28,5%) (COLACIOPPO; RIESCO 2006; MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE, 2006) e um (14,2%) artigos (MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE, 2006), respectivamente, pois se acredita que um período expulsivo prolongado seria contra indicado no caso do bem estar fetal estar comprometido. Segundo o Ministério da Saúde (2001), a posição vertical está relacionada com uma menor duração do período expulsivo e melhores resultados neonatais, além de melhorar o desconforto e dificuldades nos puxos, provocar dor menos intensa e menor risco de traumas perineais.

Também estudo realizado com objetivo de analisar os partos assistidos por enfermeiras obstétricas, relacionando a posição da mulher adotada para o parto com a preservação perineal e a vitalidade do recém-nascido, mostra que o índice de Apgar superior a sete no primeiro e quinto minutos foi muito mais frequente nos

partos em posição vertical se comparados com os em posição horizontal (MOUTA *et al.*, 2008).

Um período expulsivo prolongado pode causar sofrimento fetal devido à compressão do pólo cefálico e risco de asfixia em consequência da diminuição da perfusão fetal que ocorre durante esta fase (MARTINS-COSTA *et al.*, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (1966) complementa que, se as condições do feto e da parturiente forem satisfatórias, não existirá necessidade de abreviar um período expulsivo que esteja durando menos que duas horas em primípara e menos que uma hora em múltipara.

A prematuridade como critério para executar a episiotomia foi citada em dois (28,5%) artigos (MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE, 2006; SILVEIRA; RIESCO, 2008) e, segundo Oliveira e Miquilini (2005), geralmente é indicada como um procedimento que encurta o período expulsivo, evitando, desse modo, a compressão da cabeça fetal com o objetivo de evitar hemorragia cerebral no recém-nascido. No entanto, não foi comprovado cientificamente que realizar a episiotomia previne os traumas cranianos do concepto (LABRECQUE *et al.*, 2000). Goer (1997) complementa que o períneo de uma mulher é um tecido suave e elástico, sendo incapaz de causar lesão ao recém-nascido.

Quando o fórceps é indicado, a realização da episiotomia pode ser justificada por aumentar a dimensão da vagina e facilitar o seu uso. Nesta revisão, a utilização de fórceps foi citado em três (42,8%) artigos (MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE, 2006; SILVEIRA; RIESCO, 2008; RODRIGUEZ *et al.*, 2008), contudo para a *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (2004)*² a episiotomia de rotina não é necessária para o parto instrumentado. (citado por Amorin, Porto e Souza, 2010).

O uso de fórceps durante o parto pode estar relacionado a outros critérios também presentes nos achados deste estudo como, por exemplo, o sofrimento fetal, a variedade de posição occípito-sacra, a necessidade de abreviar o período expulsivo e a expulsão fetal lenta.

² CARGILL, Y.M. *et al.* Guidelines for operative vaginal birth. **J Obstet Gynaecol Can.** v.26, n.8. p.747-61, 2004. *apud* AMORIN, M. M. R.; PORTO, A. M. F.; SOUZA, A. S. R. Assistência ao segundo e terceiro período do trabalho de parto baseada em evidência. **Femina**, v.38, n. 38, p. 583-91, Nov 2010.

Martins-Costa *et al.* (2011) afirmam que as variedades occípito-posteriores estão associadas a períodos expulsivos mais prolongados e maior necessidade de uso de fórceps.

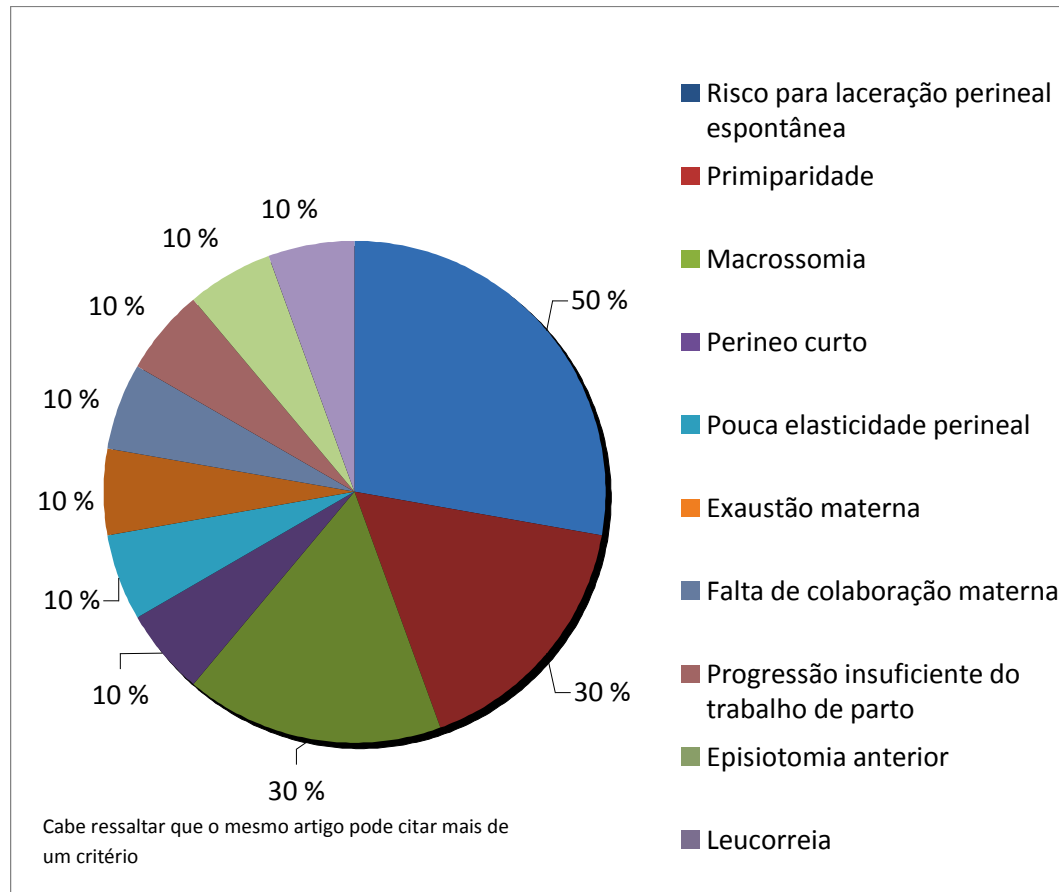
Myers-Helfgott e Helfgott (1999) recomendam que, em vez de realizar automaticamente uma extensa episiotomia nos casos de suspeita de distócia de ombro - citada em um (14,2%) artigo (RODRIGUEZ, *et al.*, 2008) - o profissional deve esperar para realizar o procedimento até que uma indicação clínica específica exista. Os autores completam referindo que a distócia de ombro é um problema com o ombro fetal e a pelve óssea, não com os tecidos moles, portanto a episiotomia não seria benéfica

Segundo Repke (2003), não existem dados suficientes de estudos para apoiar que a distócia de ombro seja uma indicação para realização da episiotomia dada a raridade de distócia de ombro grave.

5.3.2 Critérios maternos para realização da episiotomia

O Gráfico 5 mostra o percentual de citações segundo os critérios maternos para a realização da episiotomia.

Gráfico 5 - Percentual de citações segundo os critérios maternos para a realização da episiotomia.



O risco para laceração perineal espontânea foi o critério materno mais citado nos artigos, cinco (50%) citações (COLACIOPPO; RIESCO, 2006; RODRIGUEZ *et al.*, 2008; SILVEIRA; RIESCO, 2008; LAI *et al.*, 2009; OZDEGIRMENCI *et al.*, 2010), porém, dentre estes cinco, três consideram como critério para a realização da episiotomia o risco para laceração perineal espontânea grave (3º e 4º graus) (COLACIOPPO; RIESCO, 2006; RODRIGUEZ, 2008; SILVEIRA; RIESCO, 2008).

Vale lembrar que a episiotomia constitui-se em um trauma perineal, por vezes, mais severo do que a laceração espontânea de primeiro grau que, além de ser menos dolorosas normalmente, não necessita de reparação, a menos que apresente sangramento (LABRECQUE *et al.*, 2000).

Para Klein *et al.* (1994), uso rotineiro da episiotomia está fortemente associado com a ocorrência de lacerações de 3º e 4º graus.

Lede, Belizan e Carroli (1996) afirmam que a episiotomia realizada como um procedimento de uso restrito pode implicar em uma redução de 9% na prevalência de lacerações perineais severas, Labrecque *et al.* (2000) corroboram com a idéia

referindo que a episiotomia rotineira não previne as lacerações perineais durante o parto, mas é causadora de trauma genital durante a expulsão fetal.

Pode-se relacionar o critério risco para laceração perineal com outros critérios citados como a macrosomia, citada em três artigos (30%) (COLACIOPPO; RIESCO, 2006; MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE, 2006; SILVEIRA; RIESCO, 2008) o períneo curto e a pouca elasticidade perineal, ambos citados em um (10%) artigo (SILVEIRA; RIESCO, 2008), já que estas indicações podem acarretar laceração perineal espontânea.

A primiparidade é um dos critérios para a realização da episiotomia citada em três (30%) artigos (CHIGBU *et al.*, 2008; KHRESHEH; HOMER; BARCLAY, 2009; FRASS; AL-HARAZI, 2010). Nas instituições onde foram realizados tais estudos a episiotomia ocorre rotineiramente em primíparas, contudo nenhum dos estudos justificou o porquê do procedimento ser realizado nessas mulheres.

Oliveira e Miquilini (2005) acreditam que a principal justificativa para a adoção da episiotomia rotineira em primíparas seja a prevenção de: laceração perineal, relaxamento do assoalho pélvico e trauma sobre a cabeça fetal.

Um estudo randomizado com objetivo de determinar se a episiotomia mediana seletiva contribui para a prevenção da laceração perineal de 3° e 4° graus, realizado na Colômbia com 446 primíparas, mostrou que no grupo da episiotomia de rotina 9,9% das mulheres tiveram laceração de 3° grau em comparação com 4,5% daquelas do grupo com episiotomia seletiva (RODRIGUEZ *et al.*, 2008). Esses autores recomendam que o uso do procedimento deve ser realizado de forma seletiva também em primíparas, reduzindo as lacerações perineais graves.

Segundo os resultados desta revisão integrativa, a episiotomia prévia, citada em um (10%) artigo (SILVEIRA; RIESCO, 2008), e a primiparidade são critérios para realização da episiotomia. Deste modo, se fossem considerar somente estes dois critérios verifica-se que a episiotomia seria indicada em todos os partos sem considerar outros fatores, deixando de lado a individualidade de cada parturiente.

O critério para realização da episiotomia que se refere à falta de colaboração materna (SILVEIRA; RIESCO, 2008) pode estar relacionada ao critério exaustão materna (LAI, *et al.*, 2009) ambos citados em um (10%) artigo respectivamente. Também se pode relacionar a esse critério o fato da parturiente não conseguir realizar os esforços no período expulsivo devido ao uso da analgesia de parto.

De acordo com o Ministério da Saúde (2001), a analgesia epidural intra-parto, ainda que satisfatória para o controle da dor, tem sido responsabilizada por efeitos indesejáveis como hipotensão materna, relaxamento muscular do assoalho pélvico e da parede abdominal, levando a dificuldades na rotação interna do pólo cefálico fetal dentro do canal de parto, e ao eventual prolongamento do período expulsivo, com aumento de incidência de partos instrumentais.

5. 4 Recomendações dos autores sobre a episiotomia

Em relação às recomendações dos autores acerca da episiotomia, descritas no Quadro 3, identificou-se três categorias: quanto aos profissionais, quanto a indicação da episiotomia e quanto a episiotomia restritiva e rotineira.

RECOMENDAÇÕES	AUTORES
QUANTO A INDICAÇÃO DA EPISIOTOMIA	
O uso da episiotomia deve ser limitado a indicações específicas e bem fundamentadas.	MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE (2006); FRASS; AL-HARAZI (2010).
Mais estudos são necessários para investigar plenamente as indicações da episiotomia.	FRASS; AL-HARAZI (2010).
Deve ser dada maior atenção a seleção de mulheres que sofrerão episiotomia.	CHIGBU <i>et al.</i> (2008).
QUANTO AOS PROFISSIONAIS	
Necessário um trabalho de sensibilização de todos os profissionais envolvidos na assistência ao parto.	MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE (2006).
Implementar condutas individualizadas e estimular um modelo de atendimento mais humanizado contribuindo para preservação da integridade emocional e física da paciente.	SANTOS; SHIMO (2007) SANTOS <i>et al.</i> (2008).
Importância da educação médica continuada para reformular os antigos conceitos.	CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, (2010b).
É necessário que os profissionais da obstetrícia reavaliem suas práticas de atendimento considerando as evidências científicas.	SANTOS <i>et al.</i> (2008); KHRESHEH; HOMER; BARCLAY (2009); FRASS; AL-HARAZI (2010); SANTOS; SHIMO (2007).
É necessário o desenvolvimento de metodologias efetivas que garantam a aderência das normas e guias de atenção materna e perinatal, e decisões administrativas e gerenciais que facilitem o cumprimento das mesmas.	ROJAS-HIGUERA; CARDONA; GÓMEZ (2006).
QUANTO A EPISIOTOMIA RESTRITIVA E ROTINEIRA	
Incentivar a política de episiotomia restritivas/seletiva.	OGUNYEMI <i>et al.</i> (2006); RODRIGUEZ <i>et al.</i> (2008); SOSA <i>et al.</i> (2009); CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO (2010b).
Episiotomia de rotina não deve ser promovida, pois seu uso é injustificado.	SCABOROTTO; RIESCO (2008); FRASS; AL-HARAZI (2010).
Reforçar a necessidade de diminuição da frequência de episiotomia.	MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE (2006); CHIGBU <i>et al.</i> (2008).

Quadro 3 – Recomendações sobre o uso de episiotomia segundo os autores

Observa-se que existem recomendações para a redução das taxas de episiotomia (MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE, 2006; CHIGBU, *et al.*, 2008) que podem ser alcançadas pelo incentivo à política da episiotomia restritiva (OGUNYEMI, *et al.*, 2006; RODRIGUEZ, *et al.*, 2008; SOSA, *et al.*, 2009; CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010b) e evitando seu uso rotineiro (SCABOROTTO; RIESCO, 2008; FRASS; AL-HARAZI, 2010). Para isso, fazem-se necessárias indicações fundamentadas (MELO JUNIOR; LIMA; FREIRE, 2006; FRASS; AL-HARAZI, 2010); maior atenção à seleção de mulheres submetidas a episiotomia (CHIGBU, *et al.*, 2008), e mais estudos sobre as indicações para essa intervenção (FRASS; AL-HARAZI, 2010).

Segundo Melo Junior, Lima e Freire (2006), é preciso sensibilizar os profissionais que prestam assistência ao parto. Além disso, deve ser promovida a educação continuada desses profissionais visando a revisão de antigos conceitos (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010b) e reavaliar suas práticas de atendimento a parturiente baseando-se em evidências científicas (SANTOS *et al.*, 2008; KHRESHEH; HOMER; BARCLAY, 2009; FRASS; AL-HARAZI, 2010; SANTOS; SHIMO, 2007).

Rojas-Higuera, Cardona e Gómez (2006) ressaltam a importância da elaboração de metodologias efetivas que garantam a adesão das normas e dos guias de atenção materna e perinatal e destacam a importância de ações administrativas e gerenciais que promovam o cumprimento dos mesmos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das consequências da medicalização do parto desde o século XVII foi a recomendação rotineira da episiotomia, acreditada, naquela época, como sendo um procedimento benéfico para mãe e recém-nascido. Contudo desde a década de 70 há estudos que comprovam o malefício do seu uso rotineiro e que recomendam seu uso restritivo/seletivo, ou seja, apenas diante de critérios específicos para sua realização.

Atualmente a episiotomia ainda é realizada de forma irrestrita por muitos profissionais atingindo taxas de 71,6% no Brasil, mesmo diante de importantes recomendações científicas que contra indicam seu uso rotineiro e recomendam taxas entre 10% a 30%. Pode-se entender, através destes dados, que um grande número de mulheres sofre o procedimento desnecessariamente e sem qualquer indicação. Neste sentido, um procedimento desnecessário e arriscado imposto de forma autoritária às mulheres é considerado violação do direito humano de estar livre de tratamentos cruéis, humilhantes degradantes (DINIZ, 2001).

Nesta revisão foi encontrado como critério para realização da episiotomia o sofrimento fetal, a macrossomia, a expulsão fetal lenta, a prematuridade, a variedade de posição occípito-sacra, a necessidade abreviar o período expulsivo, a distócia de ombro, o parto com fórceps, o risco de laceração perineal, a primiparidade, a exaustão materna, o períneo curto, a episiotomia anterior, a leucorréia, a falta de colaboração materna, a pouca elasticidade perineal e a progressão insuficiente do trabalho de parto.

Como pode-se observar não há concordância entre os critérios para realização da episiotomia preconizados pelos órgãos que regulam a saúde no país e os encontrados nesta revisão integrativa. Parece que os profissionais criaram seus próprios critérios para este procedimento. Será que os profissionais desconhecem os critérios estabelecidos pela OMS (1966) e Ministério da Saúde (2001)? Se eles conhecem os critérios, por que não os utilizam? Será que os critérios descritos pelas fontes incluídas nesta revisão visam somente o benefício da mãe e do feto/recém-nascido?

Para responder tais questionamentos novos estudos são necessários.

Acredito que há mulheres que se beneficiam da episiotomia, motivo pelo qual não deve ser totalmente abolida, contudo esta tecnologia deve ser utilizada seletivamente de acordo com os critérios preconizados pela OMS (1996) e Ministério da Saúde (2001).

Considerando que atualmente a maioria dos nascimentos acontece no hospital é necessário que as instituições de saúde estejam voltadas para o processo de humanização do parto e da consequente redução das taxas de episiotomia, estabelecendo protocolos fundamentados em evidências científicas que embasem a assistência obstétrica na instituição. Além disso, os profissionais devem estar engajados e dispostos a rever seus antigos conceitos e concepções através da educação continuada.

Para que ocorra esta mudança é importante que as mulheres possuam informações necessárias e saibam que é possível recusar a episiotomia rotineira e questionar o porquê desta incisão perineal.

A partir das considerações feitas faz-se necessário o resgate da Obstetrícia, em seu significado latino, derivado do verbo “*obstare*” que significa “ficar ao lado” (COSTA; SOUZA, 2009). Ficar ao lado e não à frente da parturiente é a principal função do profissional que assiste ao nascimento, intervindo somente quando necessário.

REFERÊNCIAS

- AMORIN, M. M. R.; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**, v.36, n.1, p.47-54, Jan 2008.
- BARACHO, S. M. *et al.* Influência da posição de parto vaginal nas variáveis obstétricas e neonatais de mulheres primíparas. **Revi Bras Saúde Mater Infant**, v.9, n.4, p.409-14, Out/Dez 2009.
- BELIZAN, J. Routine vs selective episiotomy: a randomized controlled trial. **The Lancet**, v.342, p.1517-18, Dez 1993.
- BELMONTES-MONTES, C.; CERVERA-SERVÍN, J. A.; GARCIA-VÁZQUEZ, J. L. Incontinencia fecal por lesiones ocultas del mecanismo de esfínter anal, y factores asociados em pacientes primíparas sin episiotomia media de rutina. **Cir Ciruj**, v.74, n.6, p.449-55, Nov/Dez 2006.
- BORGES, B.B.; SERRANO, F.; PEREIRA F. Episiotomia uso generalizado *versus* selectivo. **Acta Med Port**, Lisboa, v. 16, p. 447-454, Fev 2003.
- CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. **The Cochrane Library**. 10.ed. 10, N.CD000081. DOI:10.1002/14651858.CD000081, Oxford, 2011.
- CARVALHO, C. C. M.; SOUZA, A. S. R.; MORAES FILHO, O. B. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. Claro **Femina**, v.38, n.5, p.265-270, Mai 2010a.
- CARVALHO, C. C. M.; SOUZA, A. S.; MORAES FILHO, O. B. P. Prevalência e fatores associados à episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. **Rev Assoc Med Bras**, Recife, v.56, n.3, p.333-9, 2010b.
- CHIGBU, B. *et al.* Factors influencing the use of episiotomy during vaginal delivery in South Eastern Nigeria. **East Afr Med J**, Aba, v.85, n.5, p.240-43, Mai 2008.
- COLACIOPPO, P.M; RIESCO, M. L. G. Effectiveness of local anaesthetics with and without vasoconstrictors for perineal repair during spontaneous delivery: double-blind randomized controlled trial. **Midwifery**, São Paulo, v.25, p.88-95, 2006.
- COOPER, H. M. Scientific guidelines for conducting integrative research reviews. **Review of Educational Research**, v.52, n.2, p.291-302, 1982.
- COSTA, L.C.; SOUZA, L.M. Prevalência e correlação de fatores associados à prática da episiotomia em um hospital público de Distrito Federal. **Com Ciências Saúde**, v.20, n.4, p.315-324, 2009.

CREPALDI, A.; MAGALHÃES, J. Episiotomia - A caminho de uma nova assistência ao parto. **Anuário da Produção Acadêmica Docente**, Brasil, v.1, n.1, p.158-160, 2007.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência & Saúde**, v.10, n.3, p.627-38, 2005.

DINIZ, C.S.G. **Entre a técnica e os direitos humanos**: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. 2001. 254 p. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

DOSSIÊ HUMANIZAÇÃO DO PARTO. Rede Nacional de Saúde. Direitos Sexuais e Reprodutivos. São Paulo, 2002.

ENKIN, M. *et al.* O segundo estágio do trabalho de parto. *In: ____*. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 279 p. p.156-161.

FRASS, K. A.; AL-HARAZI, A. H. Episiotomy is still performed routinely in Yemeni women. **Saudi Med Journal**, Sana'a, v.31, n.7, p.764-67, Jun 2010.

GOER, H. **Mitos sobre la episiotomía**. Madri: Asociación El Parto Es Nuestro, 1997. Disponível em: <http://www.episiotomia.info/>. Acesso em: 01/11/2010.

JULIO, H. Assistência ao parto. *In: BENZECRY, R. (Ed.) Tratado de obstetrícia*. Rio de Janeiro: Revinter, FEBRASGO, 2000. p.233-41.

KHRESHEH, R.; HOMER, C.; BARCLAY, L. A comparison of labour and birth outcomes in Jordan with WHO guidelines: a descriptive study using a new birth record. **Midwifery**, v. 25, n. p. 11-18, 2009.

KLEIN, M. C. *et al.* Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. **AJOG**, Montreal, v.171, n.3, p.591-8, Set 1994.

LABRECQUE, *et al.* Episiotomia de rotina: as evidências contra. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 5, n. 2, p. 43-50, 2000.

LAGO, T.; LIMA L. P. Assistência a gestação ao parto e puerpério: diferenciais regionais e desigualdades socioeconômicas. *In: Ministério da Saúde (BR). Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Brasília. p. 151-170, 2009 (Serie G. Estatística e Informação em Saúde).*

LAI, C. Y. *et al.* Is the policy of restrictive episiotomy generalisable? A prospective observational study. **The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, Hong Kong, v.22. n.12, p.1116-21, Dez 2009.

LAM, K.W.; WONG, H.S.; PUN, T.C. The practice of episiotomy in public hospital in Hong Kong. **Hong Kong Med J**, Hong Kong, v.12, n.2, p.94-98, Abr 2006.

LEDE, R. L.; BELIZAN, J. M.; CARROLI, G. Is routine use of episiotomy justified? **AJOG**, v.174, n.5, p.1399-1402, Mai 1996.

MARTINS-COSTA, S.H. *et al.* Assistência ao trabalho de parto normal. *In:* FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em obstetrícia**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Medicas, 1997. p.144-156.

MARTINS-COSTA, S.H. *et al.* Assistência ao trabalho de parto. *In:* FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em obstetrícia**. 6.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. p.231-246.

MATTAR, R.; AQUINO, M. M. A.; MESQUITA, M. R. S. M. A prática da episiotomia no Brasil. **RBGO**, São Paulo, v.29, n.1, p.1-2, Jan., 2007.

MELO JUNIOR, E.F.; LIMA, M.C.; FREIRE, S. Fatores associados a realização seletiva da episiotomia em hospital universitário. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v.15, n.2, p.95-101, mar/abr 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília, 2001.

MIRANDA, C. L. Elaboração de trabalho de conclusão para a graduação da Escola de Enfermagem conforme a ABNT. 4.ed. Porto Alegre: 2007. 21p.

MOUTA, R. J. O., *et al.* Relação entre posição adotada pela mulher no parto, integridade perineal e vitalidade do recém-nascido. **Rev Enf UERJ**, v.16, n.4, p.472-76, 2008.

MYERS-HELFGOTT, M.; HELFGOTT, W. Routine use of episiotomy in modern obstetrics. Should it be performed? **Obstet Gynecol Clin North Am**, v.26. p.305-325, 1999.

NAKAI, A. *et al.* Incidence and risk factors for severe perineal laceration after vaginal delivery in Japanese patients. **Arch Gynecol Obstet**, Chiba, v.274, p.222-26, Abr 2006.

NEME, B. Parto: assistência. *In:* _____. **Obstetrícia básica**. 2.ed. São Paulo: Sarvier, 2000. p.190-213.

OGUNYEMI, D. *et al.* Demographic variations and clinical associations of episiotomy and severe perineal lacerations in vaginal delivery. **J Natl Med Assoc, Los Angeles**, v.98, n.11, p.1874-81, Nov 2006.

OLIVEIRA, S.M.J.V.; MIQUILINI, E.C.; Frequência e critérios para indicar a episiotomia. **Revista da Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v.39, n.3, p.288-295, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra: OMS, 1996. 53p.

OXORN, H. Episiotomia, lacerações, ruptura uterina e inversão. *In: ____*. **Trabalho de parto**. 5.ed. São Paulo: Roca, 1989. p.453-87.

OZDEGIRMENCI, O. *et al.* Does early repair of episiotomy decrease postpartum blood loss: a randomized clinical trial. **The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine**, Ankara, v.23, n.4, p.308-10, Abr 2010.

PROGIANTI, J.M.; ARAÚJO, L.M.; MOUTA, R.J.O. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.12, n.1, p.45-9, Mar 2008.

REPKE, J.T. When is episiotomy warranted? What the evidence shows. **OBG Management**, p.48-54, Out 2003.

REZENDE, J. O parto. Estudo clínico e assistência. *In: ____*. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koigan, 1998. p.326-42.

RODRIGUEZ, A. *et al.* Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third or fourth degree lacerations in nulliparous women. **Am J of Obstet Gynecol**, Medelin, v.198, p.285-89, Mar 2008.

ROJAS-HIGUERA, R.; LONDOÑO-CARDONA, J. G.; ARANGO-GÓMEZ, F. Práticas clínicas em el cuidado de gestantes y recién nacidos em algunos hospitales de Bogotá, Colombia. **Rev Salud Pública**, Bogotá, v.8, n.3, p.223-34, 2006.

SANTOS, J. O. *et al.* Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginas em uma instituição hospitalar. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Campinas, v. 12, n. 4, p. 658-63, Dez 2008.

SANTOS, J. O.; SHIMO, A. K. Discurso do sujeito coletivo das mulheres que sofreram episiotomia. **Rev Min Enf**, v.11, n.4, p.432-38, Out/Dez 2007.

SARTORE, A. *et al.* The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. **Obstet Gynecol**, v.103, n.4, p.669-73, Abr 2004.

SCARABOTTO, L. B. S.; RIESCO, M. L. G. Use of hyaluronidase to prevent perineal trauma during spontaneous delivery: a pilot study. **Journal of Midwifery & Women's Health**, São Paulo, v.53, n.4, p.353-61, 2008.

SILVEIRA, J. C.; RIESCO, M. L. G. Ensino da prevenção e reparo do trauma perineal nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. **Rev Enf**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, p.512-17, Out/Dez 2008.

SOSA, C. G. *et al.* Risk Factors for postpartum hemorrhage in vaginal deliveries in a Latin-American population. **Obstet & Gynecol**, v. 113, n.6, p.1313-19, Jun 2009.

TORNQUIST, C.S. **Parto e poder o movimento pela humanização no parto no Brasil**. 2004. 429p. Tese de doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis 2004.

WEISZFLOG, W. Michaelis moderno dicionário da língua portuguesa., p.1320, São Paulo: **Melhoramentos**, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. Episiotomia. In: _____. **Manejo das complicações na gestação e no parto**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.309-18.

XU, Q. *et al.* Evidence-informed obstetric practice during normal birth in china: trends and influences in four hospitals. **BMC Health Services Research**, v. 6, n. 29, Mar 2006.

ZUGAIB, M. Assistência ao trabalho de parto. In: _____. **Obstetrícia**. São Paulo: Manole, 2008. p.362-72.

APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados

Número do artigo		País de origem	Idioma
Título do artigo			
Autor(es)			
Titulação do(s) autor(es)			
Nome do periódico			
	Ano	Volume	Número
Objetivo(s)			
Tipo de estudo			
Amostra		Prevalência episiotomia	
Local do estudo			
Crítérios para a realização da episiotomia			
Conclusões			
Limitações do estudo			

APÊNDICE B – Quadro sinóptico

Nº artigo	Título	Autores	Ano	Objetivo
Amostra	Prevalência episiotomia	Critérios para realização da episiotomia	Conclusões/recomendações autores	

ANEXO I - Carta de aprovação da COMPESQ – EEUFRGS



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

TCC GRAD.: 45/2010


Versão Mês: 01/2011

Pesquisadores: Maitê Larini Rimolo e
Profª. Cláudia Junqueira Armellini

Título: CRITÉRIOS PARA A REALIZAÇÃO DA EPISIOTOMIA: UMA
REVISÃO INTEGRATIVA.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 12 de Janeiro de 2011.


Profª Dra. Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ

Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora Compesq
EEnf - UFRGS