

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA**

**PRÁTICA DA EPISIOTOMIA DURANTE A ASSISTÊNCIA AO PARTO:
TENDÊNCIA E FATORES DE RISCO EM UMA COORTE RETROSPECTIVA DE
CINCO ANOS**

MICHELLE GONÇALVES VILELA DE ANDRADE MORATO

**UBERLÂNDIA
2019**

MICHELLE GONÇALVES VILELA DE ANDRADE MORATO

**PRÁTICA DA EPISIOTOMIA DURANTE A ASSISTÊNCIA AO PARTO:
TENDÊNCIA E FATORES DE RISCO EM UMA COORTE RETROSPECTIVA DE
CINCO ANOS**

Fundamentação teórica e artigo submetido para publicação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro.

UBERLÂNDIA

2019

Ficha Catalográfica Online do Sistema de Bibliotecas da UFU
com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).

M831 Morato, Michelle Gonçalves Vilela de Andrade, 1985-
2019 Prática da episiotomia durante a assistência ao parto: tendência
e fatores de risco em uma coorte retrospectiva de cinco anos
[recurso eletrônico] / Michelle Gonçalves Vilela de Andrade Morato.
- 2019.

Orientadora: Helena Borges Martins da Silva Paro.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Pós-graduação em Ciências da Saúde.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2019.2356>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Ciências médicas. I. Paro, Helena Borges Martins da Silva,
1977-, (Orient.). II. Universidade Federal de Uberlândia. Pós-
graduação em Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 61

Bibliotecários responsáveis pela estrutura de acordo com o AACR2:
Gizele Cristine Nunes do Couto - CRB6/2091
Nelson Marcos Ferreira - CRB6/3074



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

ATA DE DEFESA

Programa de Pós-Graduação em:	Ciências da Saúde				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Acadêmico Nº 022/PPCSA				
Data:	27 de junho de 2019	Hora de início:	14:00h	Hora de encerramento:	17:00h
Matrícula do Discente:	11712CSD023				
Nome do Discente:	Michelle Gonçalves Vilela de Andrade Morato				
Título do Trabalho:	"PRÁTICA DA EPISIOTOMIA DURANTE A ASSISTÊNCIA AO PARTO: TENDÊNCIA E FATORES DE RISCO EM UMA COORTE RETROSPECTIVA DE CINCO ANOS."				
Área de concentração:	Ciências da Saúde				
Linha de pesquisa:	1: Epidemiologia da ocorrência de doenças e agravos à saúde				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Educação e Qualidade de Vida				

Reuniu-se na sala de treinamento da Biblioteca Setorial Umuarama, Campus Umuarama, da Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, assim composta: Professores Doutores: Ana Elisa Madalena Rinaldi (UFU) e Cláudia Costa Guerra (ESAMC Uberlândia) e Helena Borges Martins da Silva Paro (UFU) orientadora da candidata.

Iniciando os trabalhos a presidente da mesa, Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro, apresentou a Comissão Examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público, e concedeu à Discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da Discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Helena Borges Martins da Silva Paro, Presidente**, em 27/06/2019, às 17:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Costa Guerra, Usuário Externo**, em 27/06/2019, às 17:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Elisa Madalena Rinaldi, Professor(a) do Magistério Superior**, em 27/06/2019, às 17:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1351614** e o código CRC **2CC07262**.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Michelle Gonçalves Vilela de Andrade Morato

PRÁTICA DA EPISIOTOMIA DURANTE A ASSISTÊNCIA AO PARTO: TENDÊNCIA E FATORES DE RISCO EM UMA COORTE RETROSPECTIVA DE CINCO ANOS

Presidente da banca: Profa. Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro.

Fundamentação teórica e artigo submetido para publicação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de concentração: Ciências da Saúde.

Banca Examinadora

Titular: Dra. Ana Elisa Madalena Rinaldi
FAMED - Universidade Federal de Uberlândia

Titular: Dra. Cláudia Costa Guerra
ESAMC - Uberlândia

*Dedico este trabalho a Mariana
Paranhos, sempre presente no coração e na memória. Até um dia...*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, primeiramente, pela vida e pela oportunidade que tive de concluir mais uma etapa da minha carreira profissional.

Agradeço à minha família que me apoiou e me incentivou muito a realizar esse trabalho, principalmente nos momentos mais difíceis.

Agradeço à minha orientadora, Dra. Helena Borges Martins da Silva Paro, por toda a dedicação, e pelos momentos de orientação, esclarecimentos e apoio para construir e produzir esse trabalho.

Agradeço também a todos que colaboraram de forma indireta para a realização dessa pesquisa.

RESUMO

Introdução: A episiotomia é um dos procedimentos cirúrgicos mais comumente realizados no mundo, embora tenha sido introduzida na prática clínica sem evidências científicas fortes de seus benefícios. Esse procedimento é frequentemente realizado com o intuito de prevenir lacerações de terceiro ou quartos graus e de reduzir o segundo período do trabalho de parto, apesar da falta de comprovação de sua eficácia. Devido à morbidade associada à realização da episiotomia durante o parto, diretrizes clínicas e revisões sistemáticas recomendam o uso restritivo desse procedimento. Na literatura, os fatores de risco associados à sua prática são controversos. **Objetivo:** Analisar a tendência da episiotomia e os fatores de risco maternos, fetais e assistenciais associados à sua prática durante o parto vaginal das mulheres atendidas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU). **Material e métodos:** Coorte retrospectiva com prontuários de mulheres admitidas para parto vaginal no HCU-UFU, no período de 01 de janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2017. Os prontuários foram identificados por meio do uso dos seguintes códigos da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10): 080, 081 e 082. Análises descritivas foram utilizadas para caracterização da população. Dados perdidos foram recuperados por meio de imputação múltipla aleatória. Utilizou-se regressão de poisson para determinar o risco da realização de episiotomia segundo as variáveis maternas (idade, etnia, idade gestacional, paridade), fetais (presença de mecônio e desaceleração fetal) e assistenciais (admissão em trabalho de parto espontâneo; indução ou aumento do trabalho de parto, uso de partograma, amniotomia, local de parto, posição de litotomia). **Resultados:** Foram analisados 3318 prontuários de mulheres que tiveram parto vaginal. Dessas, 1.229 foram submetidas à episiotomia. A episiotomia ocorreu em uma taxa de 37,04%, com uma diminuição significativa durante os cinco anos do estudo de 63% para 25% ($p = 0,000$; $X^2 = 268,570$). Os fatores de risco para a realização da episiotomia durante o parto foram: idade materna entre 35-39 anos (RR = 1.592; IC95% 1.118-2.436); etnia negra / parda (RR = 1.100; IC95% 1.040-1.290) e não utilização do partograma durante a assistência ao trabalho de parto (RR = 1.502; IC95% 1.230-1.891). **Conclusão:** Nossos resultados mostram uma diminuição significativa nas taxas de episiotomia ao longo dos cinco anos deste estudo. Os profissionais de saúde precisam estar atentos

do risco aumentado de episiotomia no grupo de mulheres com idades mais avançadas, sem uso do partograma, com etnia negra/parda e aumentar os esforços para minimizar a morbidade a curto e longo prazo associado a essa prática. Estratégias para reduzir a episiotomia desnecessária, como o uso de partograma e a adoção de posições verticalizadas durante o parto, também são necessárias.

Palavras-chave: trabalho de parto, episiotomia, fatores de risco, prevalência, violência obstétrica

ABSTRACT

Introduction: Episiotomy is one of the most commonly performed surgical procedures in the world, although it has been introduced in clinical practice without strong scientific evidence of its benefits. This procedure is often performed in order to prevent third or fourth degree lacerations and to reduce the second period of labor, despite the lack of proof of its effectiveness. Due to the morbidity associated with performing episiotomy during delivery, clinical guidelines and systematic reviews recommend the restrictive use of this procedure. In the literature, the risk factors associated with this practice are controversial. **Objective:** To analyze the tendency of episiotomy and the risk factors associated with maternal, fetal and care assistance during vaginal delivery in the women attending in the HCU-UFU. **Methods:** Retrospective cohort with medical records of women admitted to vaginal delivery at HCU-UFU, from January 1, 2013 to December 31, 2017. The medical records were identified using the following codes from the International Classification of Diseases (CID- 10): 080, 081 and 082. Descriptive analyzes were used to characterize the population. Lost data were recovered by means of random multiple imputation. Poisson regression was used to determine the risk of episiotomy according to maternal variables (age, ethnicity, gestational age, parity), fetal (presence of meconium and fetal deceleration) and care assistance (admission in spontaneous labor, induction or increased labor, use of partogram, amniotomy, place of delivery, lithotomy position). **Results:** A total of 3318 records of women who had vaginal delivery were analyzed. Of these, 1,229 were submitted to episiotomy. The episiotomy occurred at a rate of 37.04%, with a significant decrease during the five years of the study of 63% to 25% ($p = 0.000$; $X^2 = 268.570$). The risk factors for episiotomy during delivery were: maternal age between 35-39 years (RR = 1.592, 95% CI, 1.118-2.436); black / brown ethnicity (RR = 1,100, 95% CI 1.040-1.290) and non-use of the partogram during labor assistance (RR = 1,502, 95% CI, 1,230-1,891). **Conclusion:** Our results show a significant decrease in episiotomy rates over the five years of this study. Health professionals need to be aware of the increased risk of episiotomy in the group of older women, without partogram registered, with black / brown ethnicity and increase efforts to minimize the short- and long-term morbidity associated with this practice. Strategies to reduce unnecessary episiotomy, such as using a partogram and adopting upright positions during childbirth, are also needed.

Keywords: labor, episiotomy, risk factors, prevalence, obstetric violence

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Seleção de prontuários, critérios de inclusão e exclusão para seleção de corte.....	40
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas de mulheres com parto vaginal com e sem episiotomia de Janeiro de 2013 a Dezembro de 2017 (n=3,318).....	34
Tabela 2. Frequência de episiotomias nos partos vaginais de Janeiro de 2013 a Dezembro de 2017 (n= 3,318)	35
Tabela 3. Variáveis maternas, assistenciais e fetais em partos com e sem episiotomia, Janeiro de 2013 a Dezembro de 2017 (n= 3,318).....	36

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	02
1.1 JUSTIFICATIVA.....	05
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	07
2.1 Indicação de episiotomia na proteção perineal.....	10
2.2 Prevalência, indicações de rotina e seletiva no uso da episiotomia.....	12
2.3 Efeitos adversos da episiotomia.....	14
2.4 Episiotomia e violência obstétrica.....	15
3. OBJETIVOS.....	17
4. ARTIGO VERSÃO EM INGLÊS.....	18
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERÊNCIAS.....	43

1. INTRODUÇÃO

A episiotomia é definida como a ampliação cirúrgica do orifício vulvo-vaginal feita durante o segundo período do parto, requerendo um reparo posterior. A técnica foi introduzida na obstetrícia em 1742, por Sir Fielding Oud. Atualmente é um dos procedimentos cirúrgicos mais comumente realizados no mundo, e, um dos únicos realizados sem o consentimento informado da cliente. Além disso, foi introduzida na prática clínica sem evidências científicas claras de seus benefícios (LEDE et al., 1996). Esse procedimento é frequentemente realizado com o objetivo de prevenir lacerações de terceiro ou quarto grau, redução do tempo do segundo período do trabalho de parto e prevenção de toco traumatismo fetal apesar da falta de comprovação de sua eficácia (HIRAYAMA et al., 2012).

Atualmente, é comprovado que a introdução de novas tecnologias não é por si só suficiente para proporcionar tanto melhores resultados perinatais quanto uma experiência de parto mais satisfatória para a maioria das mulheres. Nesse contexto, há cerca de 25 anos, surge um movimento em defesa da tecnologia apropriada, da qualidade da interação entre parturiente e profissionais de saúde e da 'desincorporação' de tecnologia danosa. A crítica ao modelo de assistência acontece sob várias perspectivas, e a total falta de consenso sobre os procedimentos adequados encaminhou os trabalhos para uma revisão sistemática de eficácia e segurança na assistência ao ciclo gravídico puerperal. Apoiada pela Organização Mundial de Saúde, tal iniciativa deu origem a uma revisão reconhecida mundialmente como "Biblioteca Cochrane", que, atualizada em 2009, chegou a conclusões importantes para a Obstetrícia (DINIZ, 2005).

A revisão da Cochrane de 2009 mostrou que a episiotomia pode causar resultados anatômicos insatisfatórios, como cicatrizes e assimetria, e também fístula, aumento da perda de sangue, hematoma, dor, edema, infecção, deiscência, dispareunia e custo excessivo. Comparou-se também os efeitos quando o uso da episiotomia é restritivo, com o uso rotineiro. Descobriu-se vários benefícios ao restringir a episiotomia: havia menor gravidade do trauma perineal posterior, menos sutura, menor complicação de cicatrização e nenhuma diferença no trauma vaginal / perineal grave, dispareunia, incontinência urinária ou dor (CARROLI & MIGNINI, 2009). A partir disso, o uso rotineiro de episiotomia tem sido largamente questionado por instituições nacionais e internacionais (RCOG, 2012; CNGOF, 2005; WHO, 2003).

Nos últimos anos a prevalência da episiotomia no mundo está em decréscimo, e apesar das evidências sobre os benefícios de sua prática restritiva as taxas de sua frequência raramente atingem ao proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de 10% (WHO, 2003). No Brasil, segundo dados da pesquisa “Nascer no Brasil”, conduzida entre 2011 e 2012, o uso de episiotomia durante o parto foi de 56% (LEAL et al., 2014).

A morbidade relacionada ao trauma perineal (incluindo trauma causado pela episiotomia) é um dos principais problemas de saúde que afeta milhares de mulheres. Mais de 60% das mulheres sofrem de trauma perineal após o parto vaginal espontâneo, e cerca de 1000 mulheres todos os dias precisam ter seu períneo reparado após o parto (FERNANDO, 2007).

Os fatores de risco relacionados à prática da episiotomia são diferentes. Em alguns estudos, a idade materna (SILVA et al., 2012; KHANI et al., 2012; NIGUSE et al., 2016), a paridade (SILVA et al., 2012; SMITH et al., 2013), a posição materna durante o parto (FERNANDO, 2007; SILVA et al., 2012), a indução do trabalho de parto (SILVA et al., 2012; NIGUSE et al., 2016), a idade gestacional (NIGUSE et al., 2016), o peso ao nascer (FERNANDO, 2007; SMITH et al., 2013; ALBERS et al., 2006), a má apresentação fetal e o mau posicionamento (FERNANDO, 2007), o parto instrumental (FERNANDO, 2007; SMITH et al., 2013; DAHLEN et al., 2013), distócia de ombro (GAUTHAMAN et al., 2016), trabalho de parto prematuro (FERNANDO, 2007), duração prolongada do segundo estágio de trabalho de parto (SMITH et al., 2013), escolaridade materna (ALBERS et al., 2006), bebês do sexo masculino e parto em hospital privado (DAHLEN et al., 2013) têm sido propostos como fatores relacionados à prática da episiotomia. Entretanto, outros estudos constataram que o peso neonatal (SMITH et al., 2013; KHANI et al., 2012; MESDAGHINIA et al., 2011; MORA-HERVAS et al., 2015), obesidade (MORA-HERVAS et al., 2015), idade materna (MORA-HERVAS et al., 2015), duração do segundo estágio (KHANI et al., 2012), perímetro cefálico neonatal (KHANI et al., 2012) e escolaridade materna (KHANI et al., 2012) não foram associados ao trauma perineal causada pela episiotomia.

Uma das questões importantes no manejo do parto vaginal é a proteção do períneo e, considerando que os achados sobre os fatores de risco associados à prática da episiotomia são controversos, e não baseados em evidências científicas claras nossa hipótese é que a prática da episiotomia não está adequada com a taxa que a Organização Mundial de Saúde preconiza e que reconhecendo os fatores de

risco associados à esta prática pode-se ajudar a controlar e reduzir seu uso para melhorar a qualidade de assistência ao parto assim como a morbidade e satisfação materna.

1.1 JUSTIFICATIVA

O Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU/UFU) é o maior prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no estado de Minas Gerais e está entre os três maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação (MEC). Possui 520 leitos, sendo 37 na unidade da Maternidade, 41 leitos de unidade neonatal, sendo 26 leitos de cuidados intermediários convencionais neonatais e 15 leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal. É hospital de referência em média e alta complexidade para 86 municípios da região ampliada do Triângulo Norte, com uma população de 1 milhão e 200 mil habitantes. E, cenário de prática de mais de 1.000 profissionais ligados à saúde materna e neonatal.

O Hospital de Clínicas de Uberlândia, da Universidade Federal de Uberlândia (HCU/UFU) foi um dos cinco hospitais públicos selecionados e inseridos no Projeto Parto Adequado (PPA). O Projeto Parto Adequado é uma ação desenvolvida pela Agência Nacional de Saúde (ANS), em parceria com o Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE) e o Institute for Health Care Improvement (IHI) e, apoio do Ministério da Saúde (MS). Essa iniciativa tem o objetivo de identificar modelos inovadores e viáveis de atenção ao parto e nascimento, que valorizem o parto normal e reduzam o percentual de cesarianas desnecessárias e de possíveis eventos adversos decorrentes de um parto não adequado. O HCU-UFU foi inserido nesse projeto, no ano de 2015, por ser um hospital com atendimento 100% SUS, com uma média de mais de 1.000 partos/ano e um percentual de mais de 60% de partos cirúrgicos. Em 2014, o HCU-UFU realizou 2.161 partos, dos quais 1.510 (69,9%) foram cesarianas.

A implementação de estratégias para redução das taxas de episiotomia a partir dos fatores de risco levantados neste estudo no HCU-UFU contribuirá para a melhoria sustentável do cuidado à saúde de gestantes e recém-nascidos de Uberlândia e região, bem como para a formação de profissionais que atuarão tanto no Sistema Único de Saúde, como na saúde suplementar e no setor privado. A partir do levantamento dos fatores de risco relacionados à prática da episiotomia, ações de educação em saúde para profissionais que estão à frente da assistência ao parto, poderão contribuir de forma efetiva na redução das comorbidades relacionadas à esta prática melhorando assim a assistência a esses grupos de risco. Além disso, profissionais com vivências de um modelo de cuidado mais adequado ao parto e pós-

parto têm o potencial de desencadear as mudanças sociais necessárias para a consolidação do uso das evidências científicas na prática médica brasileira.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A saúde da mulher tem sido um campo de pesquisas, discussões e de grande preocupação nas últimas décadas. Dentre as fases do ciclo reprodutivo natural de toda a vida feminina, a gestação é singularmente caracterizada por ser um período intenso e frágil na vida da mulher. Assim o nascimento de um filho se torna único, o que requer uma abordagem pautada na singularidade e individualização por parte dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais e das políticas públicas de saúde (VIEIRA et al., 2011).

No ano de 2000, o Ministério da Saúde (MS) por meio da portaria/GM nº 589, instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), onde objetiva assegurar a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao Recém-Nascido (RN), na perspectiva dos direitos de cidadania. O PHPN se baseia na ideia de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição fundamental para adequado acompanhamento do parto e puerpério. Os profissionais de saúde devem acolher, de forma humanizada, a mãe e o RN, e a assistência prestada deve conter características essenciais, como a qualidade e a humanização. Neste aspecto, está a importância de adotar medidas e procedimentos que sejam benéficos para o acompanhamento do parto e nascimento, sem realizar intervenções desnecessárias que possam ser prejudiciais para a mulher e o RN (BRASIL, 2005).

A episiotomia é definida como a ampliação cirúrgica do orifício vulvo-vaginal feita durante o segundo período do parto, requerendo um reparo posterior. A técnica foi introduzida na obstetrícia em 1742, por Sir Fielding Oud, com o objetivo de auxiliar a liberação do feto e proteger o períneo de lacerações. No entanto, seu uso foi difundido sem que houvesse evidências claras de seus benefícios (MATTAR et al., 2007).

Rezende (2008) refere que a episiotomia deve ser realizada como forma dominante na proteção perineal. Neme (1994) sugere a realização do procedimento quando “[...] a distensibilidade restrita do assoalho perineal sugere roturas extensas e irregulares”. No entanto, Zugaib (2008) afirma que, apesar das recomendações de realização restritiva da episiotomia, ela seria preconizada em “[...] praticamente todos os partos, por ser benéfica, com a exceção dos casos de grandes múltiparas [...]”. Em contrapartida, a Organização Mundial da Saúde determina que o uso da episiotomia

deve ser restritivo com uma incidência aceitável de 10%, mas não cita em que situações específicas seu uso deva ser indicado (BRASIL, 2001).

Nas últimas décadas, acontece um movimento de crítica ao modelo assistencial obstétrico tradicional em suas várias nuances, e a total falta de consenso existente no uso rotineiro ou restritivo da episiotomia instigou alguns trabalhos de revisão sistemática acerca da validade científica da realização de tal procedimento. Destaca-se a importante revisão de Thacker e Banta, publicada em 1983, em que se demonstraram, além da inexistência de evidências de sua eficácia, evidências consideráveis dos riscos associados ao procedimento: dor, edema, infecção, hematoma e dispareunia.

Carroli & Mignini (2009) também fizeram um estudo de revisão da literatura médica procurando ensaios clínicos randomizados que comparassem o uso da episiotomia restritiva, com o uso da episiotomia de rotina para determinar os possíveis benefícios e riscos para a mãe e o bebê. Eles identificaram oito estudos envolvendo mais de 5.000 mulheres. Em contraposição com o suposto efeito protetor sempre defendido com o uso rotineiro da episiotomia, estão bem validadas as vantagens de sua utilização seletiva, como: redução da incidência de trauma perineal posterior, de necessidade de sutura e complicações na cicatrização, além de melhores resultados na primeira semana pós-parto. Entretanto, os estudos não mostram diferença significativa entre partos com e sem episiotomia na incidência de grandes resultados, como o trauma vaginal ou perineal grave, nem na dor, dispareunia ou incontinência urinária. A única desvantagem mostrada na utilização restritiva de episiotomia é um aumento do risco de trauma perineal anterior.

Apesar das evidências disponíveis que sugerem o uso restritivo da episiotomia, no Brasil, a situação é extremamente crítica, isso porque o procedimento é realizado em aproximadamente 56% dos partos vaginais, sendo utilizada como intervenção de rotina em toda primípara e em parturientes com episiotomia prévia (LEAL et al., 2014).

Não está totalmente estabelecida qual a frequência ideal do uso deste procedimento como uma política de saúde. O Ministério da Saúde do Brasil, apesar de recomendar o seu uso seletivo, não determina a taxa ideal a ser atingida. Estima-se que uma frequência ótima deveria situar-se entre 10 a 15 % do total de partos vaginais (BRASIL, 2001).

Ao se avaliar o panorama obstétrico brasileiro, observa-se que os fatores que têm contribuído para a manutenção da episiotomia de rotina são: falta de

estabelecimento de critérios únicos e as controvérsias entre grandes autores, órgãos governamentais, instituições de saúde e a experiência profissional. E somado a isso, a formação acadêmica intervencionista que é um elemento decisivo na conduta clínica (COSTA & SOUZA, 2009).

Uma das indicações para a episiotomia seria a proteção do períneo de possíveis lacerações perineais que podem ser incompletas, quando não alcançam o esfíncter anal, podendo ser classificadas em 1º grau quando atingem pele e mucosa; 2º grau músculos e fáscia do períneo e, completas que comprometem o esfíncter anal, sendo 3º grau e 4º grau quando a mucosa retal é lesionada (CARROLI & BELIZAN, 2008).

Em relação à “ameaça de ruptura perineal grave”, para prevenir rupturas de terceiro ou quarto grau, não é um diagnóstico objetivo e clinicamente não está bem definido o que caracterizaria essa “ameaça”. Lacerações de terceiro e quarto grau são, de fato, raras, e também não se estimou quantas episiotomias seriam necessárias para prevenir um único caso de ruptura perineal grave (CARROLI & BELIZAN, 2008).

Segundo Wagner (1999), a episiotomia realizada sem indicação, constitui uma verdadeira mutilação genital feminina, acarretando danos à saúde da mulher com relevantes impactos de âmbito fisiológico e emocional.

Lima et al. (2013) descrevem as sensações vivenciadas pelas mulheres durante a realização da episiotomia e analisa as repercussões desta prática sobre sua sexualidade. Relata que o retorno às atividades sexuais varia num tempo específico para cada mulher dependendo da sua libido, “do medo”, da cicatrização das incisões ou lacerações perineais, do grau de atrofia vaginal secundária, sendo a episiorrafia um evento que interfere nesse tempo. Neste estudo as mulheres relatam dispareunia associada à episiotomia e muitas se sentem preocupadas em relação à deformidade na genitália. Pode ser concluído que a episiotomia/episiorrafia interfere diretamente na sexualidade da mulher, tendo a equipe profissional um importante papel na decisão da realização deste ato e no uso de técnicas que minimizem o impacto da mesma.

Silva et al. (2013) em seu artigo buscaram verificar a dispaurenia, a dor e as alterações na cicatrização perineal em mulheres submetidas à episiotomia, relatando que ainda aos seis meses após o parto, quase metade das participantes referiu dor perineal e alguma alteração na cicatrização; alterações na sensibilidade e na coloração da pele na região perineal e deiscência. Concluíram assim que dor perineal

e dispaurenia são morbidades frequentes no pós-parto. O trauma perineal com alteração na cicatrização, fibrose, sensibilidade aumentada, alterações na coloração da pele e deiscência influenciam diretamente o retorno sexual da mulher a deixando insegura, fragilizada com vergonha do parceiro e a falta de informação leva tanto a mulher quanto o seu companheiro a não saber lidar com o problema.

A episiotomia é um procedimento controverso, devido, em parte, à discussão sobre sua realização ter ultrapassado o campo do debate científico, sendo adotada como indicador associado com a "humanização do parto" e a violência obstétrica. A literatura mostra que a episiotomia não deve ser realizada rotineiramente, mas de forma seletiva. Questões relativas à sua indicação, fatores de risco e associação com lacerações perineais graves são objeto de amplo debate e pesquisa.

2.1 Indicação de episiotomia na proteção perineal

A mudança dos partos em domicílio para os hospitais na década de 30 alterou o conceito da natureza do nascimento, de um processo fisiológico e natural para um processo patológico. Na hospitalização havia mais intervenção obstétrica, usada para minimizar ou prevenir complicações, com melhores condições de assepsia em ambiente propício à realização da episiotomia com maior segurança (AMORIM & KATZ, 2008).

A episiotomia tornou-se rotineira, usada de modo profilático, como justificativa para evitar traumas perineais; a morbimortalidade infantil e problemas ginecológicos tais como retocele, cistocele e relaxamento do assoalho pélvico. E pode ser considerada como um dos procedimentos cirúrgicos mais frequentes no sistema público de saúde, sendo superado apenas pelo corte e pinçamento do cordão umbilical (RIESCO et al., 2011).

Antes a episiotomia estava indicada para todas as parturientes primíparas, com o objetivo de prevenir lacerações perineais espontâneas, sob a justificativa de que o períneo feminino possui menos elasticidade quando a mulher não tem parto anterior, aumentando a probabilidade de ocorrência de laceração perineal (SANTOS et al., 2008).

O estudo de Costa & Souza (2009) mostra que as parturientes nulíparas e menores de 18 anos apresentaram uma incidência de episiotomia de 74,5% e 75%, respectivamente. Isso parece pertinente ao fato de que quanto mais jovem a mulher,

menor a paridade, mais persistente é a indicação rotineira de episiotomia para primigestas, em que, para muitos, não realizá-la é sinônimo de má assistência. Em muitas instituições, a taxa de episiotomia em nulíparas alcança 95%. De acordo com a literatura, faltam evidências para associar a incidência de trauma perineal grave à idade materna, o que não justificaria a maior realização de episiotomia em mulheres jovens com finalidade preventiva.

Outra indicação para o uso da episiotomia é a prevenção do relaxamento do assoalho pélvico, protegendo contra incontinência urinária, fecal e prolapso genital nesse grupo (nulíparas), o que também não se confirma através de estudo que demonstra não haver associação entre o tipo de parto, as condições perineais e a pressão muscular perineal no pós-parto tardio. Mais ainda a prática da episiotomia associa-se à redução da força muscular do assoalho pélvico em relação aos casos de lacerações perineais espontâneas (SCHNECK & RIESCO, 2006).

Mesmo quando adotadas políticas de assistência obstétrica baseadas em evidências científicas, grande parte das mulheres que têm parto normal está propensa a sofrer algum trauma perineal decorrente de episiotomia ou de lacerações espontâneas, incluindo lesões das estruturas de suporte de tecidos conectivos da pelve, das estruturas vasculares, dos nervos e/ou músculos ou diretamente do trato urinário. Num estudo retrospectivo, mediante análise documental, sobre o desfecho perineal em mulheres atendidas no Centro de Parto Normal (CPN) do Hospital Geral de Itapeverica da Serra (HGIS), foi analisado os prontuários de 6.365 mulheres que tiveram parto normal, entre julho de 1999 e junho de 2001. Em relação ao desfecho perineal, o seguinte resultado foi encontrado: 2.895 (45,5%) mulheres tiveram laceração espontânea, 1.823 (28,6%) tiveram períneo íntegro e 1.647 (25,9%) tiveram episiotomia; destas, 1.624 eram médio-lateral direita (EMLD) e 23 eram medianas. Entre as mulheres com EMLD, ocorreram 32 casos de laceração perineal concomitante (20 de primeiro grau, 11 de segundo grau e 1 de terceiro grau). Quanto ao grau de laceração nas 1.823 mulheres sem episiotomia, 2.100(72,5%) eram de primeiro grau, 789(27,3%) de segundo grau e 6(0,2%) de terceiro grau. Na maioria dos partos (61,6%) a integridade perineal foi preservada ou ocorreram apenas lacerações de primeiro grau, que têm evolução clínica favorável, sem repercussão negativa nas atividades da puérpera ou no assoalho pélvico. Neste estudo destaca-se que 32 mulheres tiveram episiotomia associada à laceração perineal, o que segundo diversos autores pode determinar maior morbidade materna, o que corrobora

com achados de outros graves levando a danos no assoalho pélvico (RIESCO et al., 2011).

Costa & Souza (2009) ao analisarem a variável “necessidade de correção cirúrgica” de laceração, encontraram uma frequência idêntica (50,0%) entre as mulheres submetidas a partos com e sem episiotomia. Mostrando, portanto, que não há associação estatisticamente significativa entre a necessidade de correção cirúrgica e a utilização de episiotomia. Tal resultado corrobora com as conclusões da Revisão da Biblioteca Cochrane, acerca de que não há diferenças quanto a grandes resultados, como a laceração perineal grave, com utilização ou não de episiotomia, sendo seu suposto efeito protetor totalmente nulo. Outro fator a ser avaliado é que a episiotomia é considerada uma laceração perineal de segundo grau e quando ela não é realizada pode não ocorrer nenhuma laceração ou surgir lacerações anteriores, de primeiro ou segundo grau, mas de melhor prognóstico (AMORIM & KATZ, 2008).

2.2 Prevalência, indicações de rotina e seletiva no uso da episiotomia

A episiotomia é um procedimento obstétrico comum, internacionalmente, há uma grande variação em suas taxas, variando de 6,7% (Havai) a 94,5% (Camboja). Não há diretrizes válidas para a realização da episiotomia, e a decisão do procedimento é baseada no julgamento clínico do profissional que atende o parto (YAMASATO et al, 2016).

Atualmente, a menor taxa de episiotomia de 3,1%, tem sido observada em mulheres que realizam o parto domiciliar, nos países escandinavos (EDGQVIST et al., 2016). Em relação aos dados mais recentes publicados sobre a tendência do uso da episiotomia o que se observa é que os países com taxa global de episiotomia (primíparas e múltiparas) inferior a 10% (taxa proposta pela OMS) são raros. Suécia (9,70% em 1999/2000 e 6,60% em 2010), Islândia (7,20% em 2010) e Dinamarca (9,70% em 2004 e 4,90% em 2010) são os únicos países que representam uma taxa de episiotomia apropriada (CLESSE et al., 2018).

A prevalência de episiotomia em alguns países asiáticos é de 63,4% (Índia), (SIGH et al., 2016), 66% (Omã) (AL GHAMMARI et al., 2016) , 75,1% (Iémen) (FRASS et al., 2010) e 51% (Arábia Saudita) (SAADIA, 2014). Já em outros países essa prevalência é menor, como na Austrália (17,2%) (BELIHU et al., 2017), França (20,1%) (BLONDEL et al., 2017), Inglaterra (25%) (NHS, 2017), Espanha (30,0%)

(ESCURIET et al., 2015), Alemanha (37,7%) (IGNATOV et al., 2017), Jordânia (41,4%) (HUSSEIN et al., 2016) e América (6,7%) (YAMASATO et al., 2016), nos EUA, a episiotomia foi realizada em 11% de um grande grupo de 2261070 mulheres (FRIEDMAN et al. 2015).

Apesar da taxa entre alguns países ainda ser alta a tendência mundial observada é que sua prática tem diminuído significativamente na maioria dos continentes. O que possivelmente reflete a adoção de recomendações de órgãos respeitados em todo o mundo (CAROLLI & MIGNINI, 2009).Esse achado reforça outras recomendações (CHIEH et al., 2013) sobre a importância do desenvolvimento de diretrizes clínicas e programas educacionais em todo o país que direcionem os profissionais, encorajando-os a mudar suas práticas de uso de episiotomia (GEBUZA et al., 2018).

Um estudo recente sobre o desempenho de episiotomias nos Estados Unidos questionou se revisões sistemáticas podem mudar a prática rotineira. Os resultados mostraram uma redução gradual na taxa de episiotomia e concluíram que foram resultados obstétricos negativos associados ao desempenho rotineiro da intervenção que levou os profissionais a mudar os protocolos e alinhá-los com recomendações decorrentes de evidências científicas (FRANKMAN et al., 2009). Conclusões semelhantes foram alcançadas na França (KOSKAS et al., 2009), Finlândia (RÄISÄNEN et al., 2013) e Espanha (REYES et al., 2011).

No Brasil, o Ministério da Saúde promoveu um modelo de atenção baseado em um programa denominado Rede Cegonha, que estimula o processo fisiológico do parto e descarta intervenções rotineiras desnecessárias, como as episiotomias (BRASIL, 2013).

O uso restritivo da episiotomia tem sido recomendado devido aos riscos do procedimento e aos benefícios pouco claros do uso rotineiro. Em 2006, o Congresso Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG) recomendou o não uso da episiotomia de rotina e, em 2008, o NationalQualityForum reconheceu a restrição da episiotomia de rotina como uma importante medida de qualidade e segurança do paciente, observando aumento dos riscos de dor, laceração e incontinência anal.

Em revisão sistemática da literatura referente a 6.600 partos, comparando a episiotomia seletiva com a de rotina, foram revelados melhores resultados nas seletivas, com redução em 20% do trauma perineal severo, 12% em trauma perineal posterior, 29% de dor perineal na alta e em diminuição em 71% nas complicações de

cicatrização. E também mostraram que não há diferença nos desfechos perinatais nem redução da incidência de asfixia nos partos com ou sem episiotomia (TOMASSO, 2002).

Na avaliação da prática da episiotomia em 12 ensaios clínicos randomizados, Carroli e Belizan concluíram que há indícios claros para a recomendação de uma prática restrita em vez de rotineira. As evidências demonstraram que o uso rotineiro da episiotomia não reduz o risco de trauma perineal severo, como lacerações de 3º e 4º Grau (CARROLI & BELIZAN, 2007).

Já em outros estudos, a episiotomia foi considerada um fator de risco significativo para as lacerações perineais de terceiro ou quarto grau, que podem estar associadas aos danos do assoalho pélvico (KLEIN et al., 1997).

Caroci et al. (2014) apontam, também, a episiotomia como um fator relacionado com a localização e grau da laceração perineal. Num estudo randomizado controlado e conduzido em oito maternidades públicas da Argentina, com 2.606 mulheres, verificou que o trauma na região anterior do períneo foi mais frequente no grupo com uso da episiotomia seletiva (19,2% versus 8,1% no grupo com uso rotineiro da episiotomia), enquanto a laceração perineal na região posterior ocorreu mais no grupo com o uso da episiotomia rotineira (88,1% versus 63,1% no grupo com o uso seletivo).

Outro fator que deve ser considerado é o alto custo monetário quando se adota este procedimento como rotina, levando-se em conta o gasto com material utilizado em sua realização e reparo, além do maior tempo de hospitalização, fator este de grande importância para países em desenvolvimento como o Brasil (MATTAR et al., 2007).

Este dado também foi constatado na revisão sistemática de Amorim e Katz em que se estimou economia entre US\$ 6,50 e 12,50 por parto vaginal sem episiotomia no setor público. A estimativa para o Brasil seria de economia em torno de 15 a 30 milhões de dólares por ano, evitando-se as episiotomias desnecessárias (AMORIM & KATZ, 2008).

2.3 Efeitos adversos da episiotomia

Vários efeitos adversos da episiotomia são descritos na literatura, tais como, a secção ou extensão da laceração para o esfíncter anal ou para o reto; resultados anatômicos insatisfatórios, como fibromas moles, assimetria ou estreitamento

excessivo do intróito; prolapso vaginal; fístulas retrovaginais ou anais; aumento da perda de sangue (em torno de 800 mL contra 500 mL no parto vaginal sem episiotomia), hematoma; dor; edema; infecção; deiscência; e disfunção sexual (CUMIM et al., 2007). E é consenso entre os estudos analisados que o uso liberal de uma cirurgia com os riscos descritos anteriormente só poderia ser justificado por indicações de que essa intervenção proporcionaria benefícios compensadores.

Atenção especial deve-se dar à percepção da dor resultante da realização do procedimento no pós-parto imediato e prolongado. Uma controvérsia decorre da ideia de que com a episiotomia a dor no pós-parto é menor, quando comparada com as lacerações espontâneas. Trabalhos que estão sendo publicados nos últimos anos parecem revelar que, ao contrário, após uma episiotomia, a dor é maior tornando-se mais incômoda no pós-parto imediato. Como o que foi encontrado num estudo transversal realizado com 303 mulheres no pós-parto, em que se identificou que 80,5% das mulheres haviam tido trauma perineal no parto (60,7% tinham sido submetidas à episiotomia) e que a dor perineal está altamente associada com a episiotomia e a idade materna mais avançada (FRANCISCO et al., 2010).

2.4 Episiotomia e violência obstétrica

Nos últimos anos, a violência obstétrica tornou-se visível, sendo objeto de numerosos estudos, mostras de arte, documentários, ações no judiciário, inquérito parlamentar, iniciativas do Ministério Público para defender os direitos das mulheres, bem como um novo conjunto de intervenções de saúde pública (DINIZ et al., 2015).

A sua relevância e legitimidade como problema de saúde pública foi corroborada pela recente declaração da Organização Mundial da Saúde (OMS) chamada “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde” (OMS, 2014) e pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (OMS, 2015). Essas ações inovadoras são voltadas para tornar visível, prevenir e remediar essa forma de violência nas práticas de saúde, nos setores públicos e privados, mudar o treinamento dos provedores de saúde e incentivar os governos e instituições de pesquisa.

No Brasil, políticas públicas de saúde estão sendo promovidas para fomentar um modelo de atenção que estimule o processo fisiológico do parto e descarte

intervenções rotineiras desnecessárias, como as episiotomias, que são consideradas um tipo de violência obstétrica (LEAL et al., 2014).

Muitos estudos no Brasil documentaram como atitudes discriminatórias e desumanas são frequentes na assistência ao parto tanto no setor público como no privado (DINIZ et al., 2015). Venturi et al. (2013) por meio da pesquisa nacional intitulada “Mulheres brasileiras e gênero em espaços públicos e privados”, despertaram um surpreendente interesse da mídia e contribuíram de forma inédita para a visibilidade da violência obstétrica. De acordo com a pesquisa, um quarto das mulheres que passaram pelo parto relatou alguma forma de violência nos cuidados, o que também foi relatado por mais da metade das que sofreram aborto.

Nos últimos anos, as mulheres junto à sociedade civil brasileira se mobilizaram para lutar por cuidados dignos e respeitosos durante a gravidez e o parto. O movimento atua para promover a autonomia das mulheres e defender seus direitos de escolha nos âmbitos sexuais e reprodutivos, especialmente em relação à conscientização durante a maternidade, e vem denunciando a violência institucional sofrida durante a gravidez e o parto (MESENBURG et al., 2018).

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Analisar a tendência da prática da episiotomia durante o parto nas mulheres atendidas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU) entre os anos de 2013 e 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFCOS

- Descrever a prevalência da episiotomia durante o parto vaginal entre mulheres atendidas no HCU-UFU;
- Analisar os fatores de risco maternos, fetais e assistenciais associados à prática da episiotomia durante o parto vaginal entre mulheres atendidas no HCU-UFU;

4. ARTIGO VERSÃO EM INGLÊS

Episiotomy during labor assistance: trends and risk factors in a five-year retrospective cohort

Running foot

Episiotomy: trends and risk factors

MGVA Morato,^a VADS Rodrigues,^b YR Abreu,^c HBMS Paro^d

^{a,b}Post-Graduation Program in Health Sciences, Federal University of Uberlandia, (Minas Gerais), Brazil

^cFederal University of Uberlandia Medical School, (Minas Gerais), Brazil

^dDepartment of Obstetrics and Gynaecology, Federal University of Uberlandia, (Minas Gerais), Brazil

Corresponding author: HBMS Paro, Av. Pará, 1720, Umuarama, 38400-902, Uberlândia, MG, Brasil. Phone number +553432258632. E-mail helenabmsparo@gmail.com

Financial support and funding: None

Acknowledgements

We thank all the researchers, collaborators and students who participated in the data collection of this study.

Financial Disclosure

The authors have no conflicts of interest to report

PRÉCIS

Women in more advanced ages, black/brown ethnicity and without partogram registered are at increased risk of receiving an episiotomy during labor.

ABSTRACT

Objective To evaluate the tendency of the practice of episiotomy and its risk factors during childbirth in a five-year retrospective cohort.

Methods We conducted a retrospective cohort study of medical records of all women having a vaginal delivery from 2013 to 2017. We used poisson regression with data imputation to determine the risk of having an episiotomy performed according to maternal (age, ethnicity, gestational age, parity), fetal (presence of meconium and fetal deceleration) and care assistance (admission in spontaneous labor; induction or augmentation of labor, use of partogram, amniotomy; place of delivery; lithotomy position) variables.

Results Episiotomy occurred at a prevalence of 37.04%, with a significant decrease during the five years of the study of 63% to 25% ($p=0.000$; $X^2=268.570$). Risk factors for the performance of an episiotomy during childbirth were: maternal age between 35-39 years (RR=1.592; CI95% 1.118-2.436); black/brown ethnicity (RR=1.100; CI95% 1.040–1.290) and no registered partogram (RR= 1.502; CI95% 1.230-1.891).

Conclusions Our results show a significant decrease in episiotomy rates along the five years of this study (63% to 25%). Health care providers need to be mindful of the increased risk of episiotomy in the group of women with more advanced ages, without partogram in their medical records and with black/brown ethnicity. Providers must enhance efforts to minimize the short and long-term morbidity associated with this practice. Strategies to reduce unneeded episiotomy such as the use of partograms and the adoption of upright positions during childbirth are also needed.

INTRODUCTION

Episiotomy has become one of the most commonly performed surgical procedures in the world although it has been introduced in clinical practice without strong scientific evidence of its benefits.¹ This procedure is frequently performed with the aim of preventing third- or fourth-degree tears and short the second period of labor, despite lack of proof of its effectiveness.² Due to the morbidity associated with the performance of episiotomy during childbirth, clinical guidelines and systematic reviews have recommended a restrictive use of this procedure.³⁻⁶ In Brazil, episiotomy is performed in 56% of all vaginal births.⁷

The morbidity related to perineal trauma (including trauma caused by an episiotomy) is one of the major health problems that affect thousands of women.⁸ The factors related to perineal trauma caused by an episiotomy in various studies are controversial. On the one hand, in some studies, maternal age⁸⁻¹⁰, parity⁸⁻¹², maternal position during childbirth⁸, induction of labour^{8,10}, gestational age¹⁰, precipitated labour⁸, the duration of the second stage of labour¹², maternal education¹³ and others factors^{14,15} have all been proposed as factors related to perineal injury caused by episiotomy. On the other hand, some studies have found that the maternal age¹⁶ and the maternal education⁹ were not associated with perineal trauma by episiotomy.

As one of the important tasks in the management of vaginal delivery is the avoidance of the perineal injuries, such as the ones caused by episiotomy, we aimed to evaluate the prevalence of the practice of episiotomy and its risk factors during childbirth in a five-year retrospective cohort at a university hospital.

METHODS

The Human Research Ethics Committee of the Federal University of Uberlândia (nº 1.290.004/2015) approved this study.

This is a retrospective cohort study composed of records of women admitted for delivery at the University Hospital of the Federal University of Uberlandia (HCU-UFU) between January 1, 2013 and December 31, 2017. The HCU-UFU is a tertiary hospital with approximately 2,000 labors per year. Medical records were selected based on the following International Classification of Disease (ICD-10) codes: O80 (single spontaneous delivery), O81 (single forceps delivery or vacuum extractor) or O82 (single delivery by cesarean section). All women had their medical records followed for the entire period of hospital stay.

We excluded women with gestational age less than 22 weeks or fetal weight less than 500 grams. Gestational age was calculated on the basis of the first trimester ultrasonography and, in the absence there of, based on the date of the last menstruation period. We also excluded charts of pregnant women with multiple delivery, with a fetus in non-cephalic presentation, with cesarean delivery as an outcome and with forceps or vacuum extractor use at delivery.

During the five years of the study, there were 10,131 records of pregnant women admitted for childbirth care at our institution. Of these, 3,411 medical records were selected because they corresponded to women who had their children through vaginal delivery. Of these records, 38 were excluded from the study because they did not present information on the practice or not of episiotomy, 13 because they corresponded to non-cephalic deliveries, 36 because of records of forceps/vacuum extractor use and 6 because they corresponded to multiple deliveries (Figure 1).

A team of previously trained researchers extracted the variables of this study from the hospital records, through an online data collection form. We included maternal, care assistance and fetal variables in this study: maternal- age (<20;20-29;30-34;35-39; ≥40), ethnicity (white; black/brown; yellow), gestational age calculated by the professional at the time of admission and parity (≥37 weeks; <37 weeks); care assistance (related to the use of interventions during labor) - admission in spontaneous labor; induction or increase of labor

with oxytocin or Foley catheter, use of partogram, practice of amniotomy; place of delivery (surgical center, pre-delivery and other places); lithotomy position during second stage of labor; fetal-presence of meconium and fetal deceleration (FC <100bpm) during labor.

Random multiple imputation was performed to recover lost data from the following variables: ethnicity (missing data: 20.4%), parity (missing data: 0.12%), gestational age (0.17%), spontaneous labor at admission (missing data: 0.33%), labor induced (missing data: 18.62%), partogram (missing data: 0.68%), lithotomy position (missing data: 5.78%), fetal deceleration (missing data: 1.93%), presence of meconium (missing data: 14.52%), amniotomy (missing data: 12.34%) and place of birth (missing data: 1.19%).

Descriptive analyzes were used to characterize the population. We compared the sociodemographic characteristics of the women according to episiotomy using the Student t test. The trends of the practice of episiotomy were verified through the Chi-square. We performed poisson regression for the maternal, fetal and care variables in order to associate the risk factors to the episiotomy practice.

We estimated the *Risk Ratio* (RR) and its corresponding confidence intervals by means of the arithmetic mean of the 5 imputed data sets, corrected for variation between and within the imputation. SPSS software (version 17.0) was used for all analyzes of this study. All analyzes were performed with significance level at 0.01.

RESULTS

The total number of records analyzed, 1,229 (41.5%) corresponded to vaginal delivery with episiotomy. There were no differences between women who delivered with and without episiotomy in relation to age, gestational age and parity ($p > 0.05$) (Table 1).

The frequency of episiotomy during the study period was 37.04% (n = 1,229). During this period, there was a significant decrease in the practice of episiotomy every year ($p = 0.000$, $X^2 = 268,570$) (Table 2).

We observed a higher risk episiotomy among women with the following characteristics: age 35- 39 years (RR= 1.592, 95% CI 1.118-2.436); brown / black ethnicity (RR= 1.100, 95% CI 1.040-1.290) and no partogram registered in records (RR= 1.502, 95% CI 1.230-1.891) (Table 3).

Variables associated with lower risks for episiotomy were: multiparity (RR= 0.499, 95% CI 0.450-0.553), gestational age <37 weeks (RR= 0.799, 95% CI 0.631-0.981), delivery outside the operating room – delivery at birth rooms (RR= 0.824, 95% CI 0.734-0.926), at other places (RR= 0.801, 95% CI 0.635-0.812) –delivery in non-lithotomic position (RR= 0.485, 95% CI 0.379-0.622) and non-amniotomy performed (RR=0.905, 95% CI 0.830-0.987).

DISCUSSION

Our results show a significant decrease in episiotomy rates along the five years of this study. Women in more advanced ages, without partogram registered in their medical records and with Black/Brown ethnicity are at increased risk of receiving an episiotomy during labor assistance.

The reduction of episiotomy rates observed in our study is coherent with trends worldwide.⁶ Multiple factors might explain this phenomenon. Since 2006, restrictive episiotomy has been recommended given the risks of the procedure and unclear benefits of its routine use.¹⁷⁻¹⁹ Episiotomy is recognized as an intervention that increases risks of pain, laceration and anal incontinence.²⁰ Moreover, restrictive episiotomy is shown not to affect neonatal outcomes and is associated with reduced blood loss.²¹

In Brazil, public health policies are being promoted to foster a model of care which stimulates the physiological birth process and discards unnecessary routine interventions, such as episiotomies. In the past few years, episiotomies have been regarded as a genital mutilation and, as such, a kind of obstetric violence.⁷

Obstetric violence have become visible, being subject of numerous studies, art shows, documentaries, actions in the judiciary and parliamentary investigations, with the aim of defending women's rights as well as a new set of public health interventions²². Its relevance and legitimacy as a public health problem was corroborated by recent statements and initiatives from the World Health Organization (WHO).^{23,24} These innovative actions are geared to make visible, prevent and remedy this form of violence in health practices, in the public and private sectors, change the training of health providers, and to encourage governments and institutions for research and interventions. Studies in Brazil have documented the high frequency of obstetric violence in child birth care in both public and private sectors.^{22, 25}

Women within the Brazilian civil society have also become mobilized to fight for dignified and respectful care during pregnancy and childbirth. Women movements act to promote women's autonomy and defend their sexual and reproductive rights, especially regarding awareness during maternity. These movements have denounced institutional violence, especially the routine practice of episiotomies, most of them without women's consent, to policy makers.²⁵ This social and scientific context can explain the decreasing rates of episiotomy.

Although we found decreasing rates of episiotomy in our study, a quarter of women are still receiving the procedure during labor assistance. This is far ahead the WHO recommendation of less than 10% of episiotomy among laboring women.^{26,27} Of note, most studies reveal overall rates of episiotomy higher than 10%.^{20,28,29-36} The wide variation in

episiotomy rates among countries may be attributed to the lack of guidelines for the performance of episiotomy, which makes the decision for the procedure a clinical judgment.³²

We know the decision to perform interventions such as episiotomies may be improved by the use of partograms in labor assistance.³⁷ Our results showing an increase in 50.2% in the risk of episiotomy among women without a partogram registered in their clinical record reinforce the usefulness of this tool to reduce unnecessary interventions during labor.³⁷⁻³⁹

A reduction in the risk of episiotomy was observed among women giving birth in non-lithotomic positions outside the operating room. We know that perineal trauma, episiotomy included, is influenced by various risk factors. Maternal position during the childbirth is one of them.⁴⁰ Delivery in alternative positions is associated with fewer episiotomies as it stimulates “hands-off” techniques and prevents unnecessary manipulations and interventions.^{41,42,43}

In our study, episiotomy was more likely performed among women in advanced ages. The fear of perineal tears^{44,45} and other obstetric complications⁴⁷ related to childbirth among clinical staff may explain these results. Nonetheless, a hypothetically decreased elasticity of the perineum as a reason for the significantly higher rate of anal sphincter injuries in older women reinforced by some researchers is controversial.⁴⁴

The decision to perform an episiotomy may also reveal racial disparities. Our study shows that being a black or brown woman increases in 10% the risk of receiving an episiotomy. Studies relating the practice of episiotomy and race are controversial among countries. Black women are also at higher risk of the practice of episiotomy in Australia.³³ In the USA, episiotomy rates are almost two times higher among white women.²⁰ The practice of episiotomy among American physicians may be influenced by outdated reports of black women being less likely to have vaginal lacerations, including third- and fourth-degree

perineal tears.^{47,48} Biologic differences responsible for those different rates remain highly speculative.⁴⁹

Over the past few decades, a substantial body of evidence has shown important racial disparities in Brazil in several dimensions of social life, including education, employment, living and health conditions.⁵⁰ Previous studies demonstrate that being black or brown-skinned is associated with lower access and use of health services.⁵¹ Such disparities are markedly reflected in maternal mortality rates.⁵² In accordance to findings from other countries worldwide⁵³, maternal mortality rates are two and a half times higher among black women in Brazil.⁵⁴ Brazilian black women are also more likely to have inadequate prenatal care and less likely to receive local anesthesia for an episiotomy.⁵⁴ These findings are closely related to obstetric violence. One of the causes related to obstetric violence is the mode of training of health professionals in medical schools, especially doctors, which has a key role in distortions of assistance.²² According to some studies, women are selected for “training procedures” such as episiotomies, forceps or even caesarean sections, based on their place in social hierarchy.⁵⁵ Women who are more vulnerable are subjected to a more rude and humiliating treatment.⁵⁵ Thus, poor women, black women, teenagers, those without complete antenatal care, those without a companion, sex-workers, drug users, home-less women, are those more likely to experience negligence and denial of care.^{22, 55}

Another kind of violence is called obstetric racism that lies at the intersection of obstetric violence and medical racism. Medical racism occurs when race influences medical professionals’ perceptions, treatments and/or diagnostic decisions, placing patients at risk.⁵⁶ Black people have been historically subjected to racially stratified diagnoses resulting in the denial of pain medication, based on the belief that they withstand pain better than other demarcated groups. In this context, black women’s bodies have been valued as “medical superbodies”.⁵⁷ Obstetric racism may have influenced the higher risk of episiotomies among black women in this study. Our results urge strategies to reduce

disparities in the treatment of black/brown women including the unnecessary practice of episiotomy.

Strength and limitations

Our study has strengths and limitations. Although missing information is a common flaw in medical records⁵⁸, the use of secondary sources of information allowed the study population studied to be large enough to detect the association of the variables on the practice of episiotomy. This minimized the possibility of type II errors. However, when we opt for multiple data imputation, we mitigate this limitation and considerably increase the reliability of the results obtained from our dataset. The large number of medical records included in our study was made possible because our institution is the third largest university hospital in the country, which facilitates the generalization of our results.

CONCLUSION

Our study shows that women at increased risk for having an episiotomy performed during labor are black/brown ethnicity and at advanced ages. There are no indications in the literature based on scientific evidence to support this practice in these specific groups. The decision to perform an episiotomy seems related to the subjective decision of the health professional in charge of the assistance. Health care providers need to be mindful of the increased risk of episiotomy in this group of women and enhance efforts to minimize the short and long term morbidity associated with this practice. Strategies to reduce unneeded episiotomy such as the use of partograms and the adoption of upright positions during childbirth are also needed.

REFERENCES

1. Lede RL, Belizan JM, Carroli G. Is routine use of episiotomy justified? *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1996; 174:1399–1402.
2. Hirayama F, Koyanagi A, Mori R, Zhang J, Souza J P, Gulmezoglu A M. Prevalence and risk factors for third- and fourth-degree perineal lacerations during vaginal delivery: a multi-country study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2012; 119:340–7.
3. Royal College of Obstetricians, UK. Gynaecologists. Clinical query answer produced by RCOG Library staff. Available at: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/episiotomy—query-bank/> 2012. Retriever January 25, 2019.
4. CNGOF. Collège National des Gynécologues Obstétriciens L'épisiotomie. Recommendations pour la pratique clinique. Available at: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM_2005. Retriever January 25, 2019.
5. Liljestrand J. Episiotomy for vaginal birth: commentary. WHO Reproductive Health Library. Available at: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/jlcom/en/index.html_2003. Retriever January 25, 2019.
6. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009;1:CD000081.
7. LEAL M. C. et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Reports in Public Health, Brazil*, v. 30, n. suppl 1, p. 17-32, Aug.2014.
8. da Silva FMB, de Oliveira SMJV, Bick D, Osava RH, Tuesta EF, Riesco MLG. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. *Journal of Clinical Nursing* 2012; 21:2209–18.
9. Khani S, Zare K, Ramezannejad E. The frequency of episiotomy and its related factors. *Iran Journal of Nursing* 2012; 24:45–52.
10. Niguse K, Gidey G, Gebrehiwot H, Mebrahtu A, Darie G, Temesgen W. Episiotomy practice and its associated factors among mothers who gave birth vaginally at public health institutions of Shire Town, Northern Ethiopia. *Research and Reviews: Journal of Health Professions* 2016; 6:1–7.
11. Dahlen H, Priddis H, Schmied V, Sneddon A, Kettle C, Brown C. Trends and risk factors for severe perineal trauma during childbirth in New South Wales between 2000 and 2008: a population-based data study. *BMJ* 2013; *Open* 3:e002824. doi:10.1136/bmjopen-2013-002824.
12. Smith L, Price N, Simonite V, Burns E. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2013; 13:1–9.
13. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth (Berkeley, CA)* 2006; 33:94–100.
14. Gauthaman N, Walters S, Tribe I-A, Goldsmith L, Doumouchsis SK. Shoulder dystocia and associated manoeuvres as risk factors for perineal trauma. *International Urogynecology Journal* 2016; 27:571–577.

15. Mesdaghinia E, Abbaszadeh F, Mesdaghinia A. Incidence of perineal trauma in normal spontaneous vaginal delivery in Shabih-khani Maternity Hospital of Kashan during 2007–9. *KAUMS Journal (FEYZ)* 2011; 14:533–538.
16. Mora-Hervas I, Sanchez E, Carmona F, Espuna-Pons M. Perineal trauma in primiparous women with spontaneous vaginal delivery: episiotomy or second degree perineal tear? *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences* 2015; 3:84–88.
17. ACOG. American College of Obstetricians Gynecologists. ACOG Practice Bulletin Number 71. Episiotomy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. *Obstetrics Gynecology* 2006;107:957-62.
18. National Quality Forum, 2008 Elliott K. New perinatal quality measures from the National Quality Forum, the Joint Commission and the Leapfrog Group. *Currently Opinion Obstetrics Gynecology* 2009;21:532–540.
19. RCM. The Royal College of Midwives. Midwifery Blue top guidance. Midwifery care in labour guidance for all women in all settings, 2018, 28p. Available at: www.rcm.org.uk; Retriever January 25, 2019.
20. Friedman AM, Ananth CV, Prendergast E, D'Alton ME, Wright JD. Variation in and Factors Associated with Use of Episiotomy. *JAMA: Journal of the American Medical Association* 2015; 313:197–199.
21. Iglesias S, González S, Montenegro MS, González MC, Conde M. Factor esperinatales que influyen em el descenso de hemoglobina maternatras El parto y em el pH neonatal. *Matronas Prof.* 2011;12:97–103.
22. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, Niy DY. Abuse and disrespect in child birth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development* 2015; 25: 377-384.
23. WHO. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. Geneva; OMS; 2014. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf. Retriever at January 25, 2019.
24. International Federation of Gynecology and Obstetrics, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, World Health Organization. Mother baby friendly birthing facilities. *International Journal of Gynecology Obstetrics* 2015; 128:95-99.
25. Mesenburg M A, Victora C G, Jacob Serruya S, Ponce de León R, Damaso A H, Domingues M R, et al. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reproductive Health* 2018; 15:54.
26. World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: World Health Organization; 1994, 258p.
27. Clesse C, Lighezzolo-Alnot J, De Lavergne S, Hamlin S, Scheffler M. Statistical trends of episiotomy around the world: comparative systematic review of changing practices, *Health Care for Women International* 2018; 39:644-662.

28. Singh S, Thakur T, Chandhiok N, Dhillon B S. Pattern of episiotomy use & its immediate complications among vaginal deliveries in 18 tertiary care hospitals in India. *Indian Journal of Medical Research* 2016; 143: 474– 480.
29. Al-Ghammari K, Al-Riyami Z, Al-Moqbali M, Al-Marjab, Al-Mahrouqi B, Al-Khatri, et al. Predictors of routine episiotomy in primigravida women in Oman. *Applied Nursery Research* 2016; 29: 131– 135.
30. FrassKA, Al-Harazi AH. Episiotomy is still performed routinely in Yemeni women. *Saudi Medical Journal* 2010; 31: 764– 767.
31. Saadia Z. Rates and indicators for episiotomy in modern obstetrics – a study from Saudi Arabia. *Materia Socio-medica* 2014; 26:188–190.
32. Yamasato K, Kimata C, Huegel B, Durbin M, Ashton M, Burlingame J M. Restricted episiotomy use and maternal and neonatal injuries: a retrospective cohort study. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2016; 294: 1189– 1194.
33. BelihuFB, Small R, Davey M. Episiotomy and severe perineal trauma among Eastern African immigrant women giving birth in public maternity care: a population based study in Victoria. *Women Birth* 2017; 30: 282– 290.
34. Escuriet R, Pueyo MJ, Perez-Botella M, Espada X, Salgado I, Gómez A, et al. Cross-sectional study comparing public and private hospitals in Catalonia: is the practice of routine episiotomy changing. *BMC Health Services Research* 2015; 15:95.
35. Ignatov T, Eggemann H, Costa SD, Ignatov A. Perinatal and maternal outcomes at term in low-risk pregnancies according to NICE criteria: comparison between a tertiary obstetrical hospital and midwife-attended units. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2017; 296: 223– 229.
36. Hussein SA, Dahlen HG, Duff M, Schimied V. The barriers and facilitators to evidence-based episiotomy practice in Jordan. *Women Birth* 2016; 29: 321– 329.
37. Lavender T, Hart A, Smyth RM. Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term. *Cochrane Database Systematics Review* 2013; 10:CD005461.
38. Lavender T, Lugina H, Smith H. The partograph: A lifesaving tool for African midwives. *Tropical Doctor* 2007; 37:191–2.
39. WHO. World Health Organization. Who recommendations for augmentation of labour; 2014.
40. Albers LL, Anderson D, Cragin L, Daniels S M, Hunter C, Sedler KD, et al. Factors related to perineal trauma in childbirth. *Journal of Nurse-Midwifery* 1996; 41:269–276.
41. Meyvis I, Van Rompaey B, Goormans K, Truijen S, Lambers S, Mestdagh E, et al. Maternal position and other variables: effects on perineal outcomes in 557 births. *Birth (Berkeley, Calif.)* 2012; 39:115-20.
42. Brown HC, Paranjothy S, Dowswell T, Thomas J. Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2008; CD004907.
43. Wei S, Wo BL, Qi HP, Xu H, Luo ZC, Roy C, et al. Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2012; 9:CD006794.

44. Hornemann A, Kamischke, A, Luedders, DW, Beyer D A, Diedrich K, Bohlmann M K. Advanced age is a risk factor for higher grade perineal lacerations during delivery in nulliparous women. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 2010; 281: 59– 64.
45. Shmueli A, GabbayBenziv R, Hirsch L, Ashwal E, Aviram R, Yogev Y, et al. Episiotomy - risk factors and outcomes. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2017; 3:251-56.
46. Voigt M, Rochow N, Zygmunt M, Straube S, Schneider KT, Briese V. Risks of pregnancy and birth, birth presentation, and mode of delivery in relation to the age of primiparous women. *Zeitschrift fur Geburtshilfe Neonatologie* 2008; 212:206–210.
47. Fultz NH, Herzog AR, Raghunathan TE, Wallace RB, Diokno AC. Prevalence and severity of urinary incontinence in older African American and Caucasian women. *The Journals of Gerontology* 1999; 54:299–303.
48. Bump RC. Racial comparisons and contrasts in urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Obstetrics and Gynecology*1993; 81:421–5.
49. Howard D, Davies PS, Delancey J O L, Small, Y. Differences in perineal lacerations in black and white primiparas. *Obstetrics and Gynecology* 2000; 96(4): 622–624.
50. Travassos C, Williams DR. The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. *Cadernos de Saúde Pública* 2004;20:660-78.
51. Leal MC, Gama SGN, Frias P, Szwarcwald CL. Healthy lifestyles and access to periodic health exams among Brazilian women. *Cadernos de Saúde Pública* 2005; 21 Suppl:S78-88.
52. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011; 377:1863-76.
53. Howell EA, Zeitlin J, Hebert P, Balbierz A, Egorova N. Paradoxical trends and racial differences in obstetric quality and neonatal and maternal mortality. *Obstetrics and Gynecology*2013;121:1201-8.
54. Leal M C, Gama, S G N, Pereira A P E, Pacheco V E, Carmo C N, Santos R V. The color of pain: racial iniquities in pre natal care and childbirth in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública* 2017; 33 Sup 1:e00078816.
55. Diniz SG, d'Oliveira AFL, Lansky S. Equity and women's health services for contraception, abortion and childbirth in Brazil. *Reproductive Health Matters* 2012; 20:94-101.
56. Davis D A. Obstetric racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing. *Medical Anthropology* 2018;v: p...
57. Hoffman K M, Trawalter S, Axt J R, Oliver M N. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 2016; 113:4296–4301.
58. Pedersen A B, Mikkelsen E M, Cronin-Fenton D, Kristensen N R, Pham TM, Pedersen L, et al. Missing data and multiple imputation in clinical epidemiological research. *Clinical Epidemiology* 2017; 9:157–66.

LISTA DE TABELAS

Table 1. Sociodemographic characteristics of women who had vaginal deliveries with and without episiotomy from January 2013 to December 2017 (n=3,318).....	43
Table 2. Number and frequency of episiotomies in vaginal deliveries from January 2013 to December 2017 (n= 3,318).....	44
Table 3. Maternal, care and fetal variables in deliveries with and without episiotomy, January 2013 to December 2017 (n= 3,318).....	45

Table 1. Sociodemographic characteristics of women who had vaginal deliveries with and without episiotomy from January 2013 to December 2017 (n=3,318)

Sociodemographic characteristics	Episiotomy (n=1,229)		No Episiotomy (n=2,089)		p value*
	Mean	SD	Mean	SD	
Maternal age	24,62	5,65	25,28	6,25	0,11
Gestational age	38,50	2,85	37,37	4,31	0,28
Parity	1,02	1,00	1,43	1,30	0,09

* Student's T test

Table 2. Frequency of episiotomies in vaginal deliveries from January 2013 to December 2017 (n= 3,318)

Year	Episiotomy (%)*
2013	63.4
2014	49.7
2015	29.7
2016	29.6
2017	25.7

* Chi-square test (p=0,000; X²=268,570)

Table 3. Maternal, care and fetal variables in deliveries with and without episiotomy, January 2013 to December 2017 (n= 3.318)

Variable	No episiotomy		Episiotomy		χ^2 ^A	p	RR ^B (IC 95%)
	N (2.089)	%	N (1.229)	%			
Maternal characteristics							
Age					134.734	0.000	
<20	396	18.95	432	35.15			1.744 (0.915-3.322)
20-29	1190	56.96	631	51.34			1.542 (0.813-2.925)
30-34	291	13.93	115	9.35			1.581 (0.823-3.034)
35-39	166	7.94	43	3.49			1.592 (1.118-2.436)
≥40	46	2.20	8	0.65			1 [Reference]
Ethnicity					2.530	0.000	
White	829	39.68	514	41.82			0.859 (0.608-1.222)
Brown/Black	1041	49.83	575	46.78			1.100 (1.040-1.290)

Other	17	0.81	8	0.65		1 [Reference]
Parity					318.417	0.000
Primipara	648	31.01	771	62.13		1 [Reference]
Multipara	1440	68.93	457	37.18		0.499 (0.450-0.553)
Gestational age					24.405	0.000
(≥ 37 weeks)						
Yes	1707	81.71	1084	88.20		1 [Reference]
No	380	18.19	144	11.71		0.799 (0.631-0.981)
Admission in delivery					0.196	0.658
labor						
Yes	1635	78.26	961	78.19		1 [Reference]
No	432	20.67	264	21.48		0.990 (0.876–1.119)
Care characteristics						
Labor induction					1.383	0.240

No	1612	77.16	920	74.85		0.955 (0.848-1.076)
Yes	443	21.20	280	22.78		1 [Reference]
Partogram					53.930	0.000
Yes	1347	64.48	941	76.56		1 [Reference]
No	736	35.23	283	23.02		1.502 (1.230-1.891)
Labor delivery place					48.626	0.000
Operating room	676	32.35	531	43.20		1 [Reference]
Birth room	981	46.96	437	35.55		0.824 (0.734-0.926)
Other	417	19.96	255	20.74		0.801 (0.635-0.812)
Lithotomy position					57.357	0.000
Yes	1770	84.72	1152	93.73		1 [Reference]
No	244	11.68	50	4.06		0.485 (0.379-0.622)
Amniotomy					22.794	0.000

Yes	522	24.98	406	33.03		1 [Reference]
No	1423	68.11	756	61.51		0.905 (0.830-0.987)
Fetal characteristics						
Fetal deceleration					0.048	0.826
No	2060	98.61	1205	98.04		0.968 (0.584-1.604)
Yes	14	0.67	09	0.73		1 [Reference]
Meconium					0.702	0.402
No	1725	82.57	1043	84.86		1.054 (0.913-1.217)
Yes	193	9.23	108	8.78		1 [Reference]

^AChi-square value; ^BDerived from Poisson regression adjusted for maternal, fetal and assistance variables

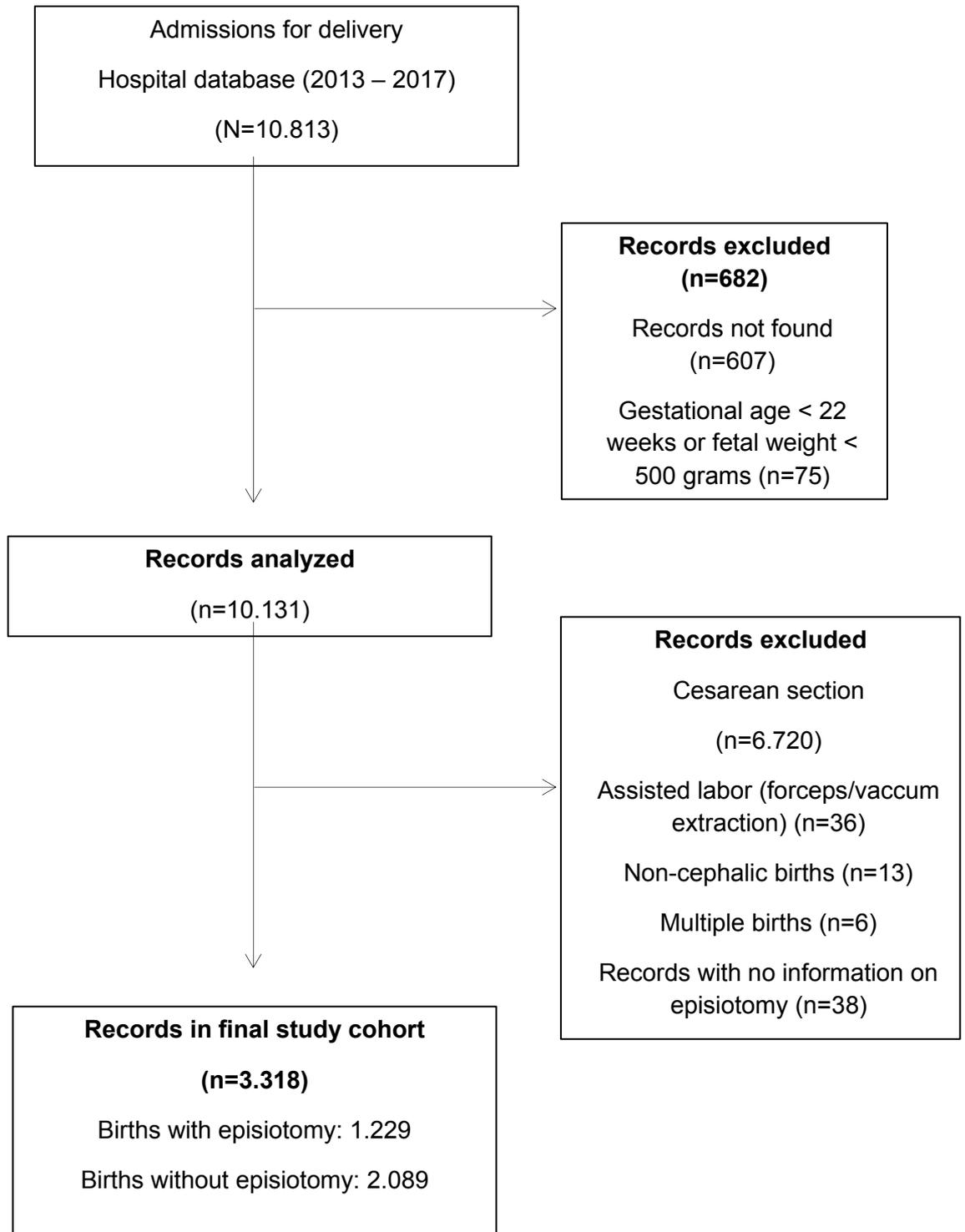


Figure 1 - Record selection, inclusion and exclusion criteria for the study cohort.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na literatura pesquisada sobre a temática foi constatado que a episiotomia seletiva associa-se a menor risco de trauma posterior, a menor necessidade de sutura e menor risco de complicações na cicatrização. Ainda, que o uso rotineiro da episiotomia não reduz o risco de trauma perineal severo, não previne lesões no pólo cefálico fetal e não melhora os escores de vitalidade do feto, além de promover maior perda sanguínea e não reduzir o risco de incontinência urinária de esforço, dispareunia e dor perineal após o parto. A única real evidência científica observada na literatura sobre o uso de rotina da episiotomia foi uma diminuição do risco de traumatismo perineal anterior, que geralmente são mais superficiais, de cicatrização rápida, ocorre com menos sangramento, não necessita de sutura e é menos doloroso que os traumas de períneo posterior.

Apesar disso, em outros estudos, inclusive neste realizado no HCU-UFU, evidenciou-se que a prática da episiotomia no cenário obstétrico brasileiro, mesmo com a evolução obstétrica e a evidência científica, é alta. Nosso trabalho mostrou que sua prática está relacionada à decisão, subjetiva, do profissional que está à frente da assistência. Mais ainda, mostrou que mulheres, negras e pardas, em idade avançada são grupos de risco para a realização deste procedimento. Não existe na literatura indicações baseada em evidências científicas que sustentem essa prática nesses grupos específicos.

Na maioria dos partos hospitalares, a episiotomia é praticada como medida para prevenção das lacerações perineais. Segundo as evidências científicas, as lacerações perineais de 1° e 2° graus apresentam melhores resultados que a episiotomia em termos de perda sanguínea, dor, dispareunia, cicatrização e retomada da função muscular. Portanto, comparadas com a intervenção, as lacerações acarretam menos prejuízo para a mãe.

Fica evidente que a medicalização do parto está presente na instituição hospitalar. Sendo necessário rever as práticas de atendimento à mulher, considerando as evidências científicas e as condutas individualizadas. Nesse sentido, há necessidade de estimular modelos de atendimento mais humanizados aos médicos e enfermeiros, visando à sensibilização desses profissionais, para que respeitem a singularidade de cada parturiente.

Além disso, deve ser considerado a implementação de um programa de qualidade e educação continuada, a revisão e elaboração de critérios únicos e objetivos para todos os profissionais envolvidos na assistência ao parto, na forma de protocolos clínicos para indicação de episiotomia para que assim possa se ter uma melhora dos índices da realização de tal procedimento nas instituições.

A prática frequente de condutas obstétricas desnecessárias e arriscadas é considerada uma violação do direito à integridade corporal da mulher e um desrespeito aos seus direitos reprodutivos e sexuais. Acredita-se que a expansão e a prática efetiva da humanização do nascimento e do parto contribuirão de modo mais significativo na preservação da integridade emocional e física da parturiente. Respeitando a individualidade feminina, os direitos humanos das mulheres e a prática da obstetrícia baseada na evidência científica, garante-se um parto mais seguro, de qualidade e com melhores resultados maternos e perinatais.

É imprescindível um urgente resgate da Obstetrícia, em seu significado primeiro, “O termo “obstetrícia” vem da palavra latina “*obstetrix*”, derivada do verbo “*obstare*”, que, por sua vez, significa “ficar ao lado”. A cada dia a literatura científica corrobora esse conceito. Observar seria então, a principal função da equipe envolvida na assistência ao parto normal, intervindo tão somente quando as circunstâncias o exigirem.

REFERÊNCIAS

AL-GHAMMARI, K. et al. Predictors of routine episiotomy in primigravida women in Oman. *Appl Nurs Res*, v. 29, p. 131- 135, 2016.

<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.05.002>

ALBERS, L. L.; SEDLER, K.D.; BEDRICK, E.J.; TEAF, D.; PERALTA, P. Factors related to genital trauma in normal spontaneous vaginal births. *Birth*, v.33, n.2, p.94-100, 2006.

<https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2006.00085.x>

AMORIM, M.M.R.; LEILA, K. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Femina*, v. 36, n. 1, p.1-8, 2008.

BELIHU, F.B.; SMALL, R.; DAVEY, M. Episiotomy and severe perineal trauma among Eastern African immigrant women giving birth in public maternity care: a population based study in Victoria. *Women Birth*, v.30, p.282- 290, 2017.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.11.008>

BLONDEL, B.; GONZALES, L.; RAYNAUD, P. Enquête Nationale Périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. 2017, 317 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 199p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Saúde Brasil 2012: uma análise da situação de saúde e dos 40 anos do Programa Nacional de Imunizações/Ministério da Saúde. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2013, 536p.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Pré-Natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada. 1º Brasília, 2005. 158 p. (A). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prenatal_puerperio_atencao_humanizada.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2016.

CAROCI, A.S.; RIESCO, M.L.G.; LEITE, J.S.; ARAÚJO, N.M.; SCARABOTTO, L.B.; OLIVEIRA, S.M.J.V. Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas. *Rev. Enferm. UERJ*, v.22, n.3, p.402-408, 2014.

CARROLI, G.; BELIZAN, J. Episiotomy for vaginal birth. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2008. Oxford: Update Software, 2008, DOI: 10.1002/14651858.CD000081 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081>

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD000081. DOI: 10.1002/14651858.CD000081.) <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub2>

COSTA, L.C.; SOUZA, L.M. Prevalência e correlação de fatores associados à prática de episiotomia em um hospital público do Distrito Federal. *Com. Ciências Saúde*. v.20, n.4, p.315-324, 2009.

CHIEH, W. L. et al. Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. *Arch. Gynecol. Obstet.*, v.288, p.1249-56, 2013. <https://doi.org/10.1007/s00404-013-2897-6>

CHRISTOPHE, C. et al. Statistical trends of episiotomy around the world: Comparative systematic review of changing practices. *Health Care for Women International*. DOI: 10.1080/07399332.2018.1445253 <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1445253>

CNGOF. Collège National des Gynécologues Obstétriciens L'épisiotomie. *Recommandations pour la pratique clinique*. Available at: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14. HTM 2005. Retrieved January 25, 2019.

CUMIM, E.S.; FARIA, D.G.S.; SOLER, G.A.S.G. Episiotomia de rotina versus episiotomia seletiva. *Cuidarte enfermagem*, v.1, n.1, p.100-103, 2007.

DAHLEN, H. et al. Trends and risk factors for severe perineal trauma during childbirth in New South Wales between 2000 and 2008: a population-based data study. *BMJ* 2013; Open 3:e002824. doi:10.1136/bmjopen-2013-002824.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002824>

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10, n.3, p.627-637, 2005.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300019>

DINIZ, S.G. et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, v.25, n3, p. 377-384, 2015.
<https://doi.org/10.7322/jhgd.106080>

EDQVIST, M. et al. Perineal injuries and birth positions among 2992 women with a low risk pregnancy who opted for a homebirth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 29, n.196, p. , 2016.
<https://doi.org/10.1186/s12884-016-0990-0>

ENKIN, M.; KEIRSE, M.J.N.C.; NEILSON, J.; CROWTHER, C.; DULEY, L.; HODNETT, E. O segundo estágio do trabalho de parto. In: *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000, p. 156-61.

ESCURIET, R.; PUEYO, M.J.; PEREZ-BOTELLA, M.; et al. Cross-sectional study comparing public and private hospitals in Catalonia: is the practice of routine episiotomy changing. *BMC Health Services Res.* v. 15, n 95, p. , 2015.
<https://doi.org/10.1186/s12913-015-0753-z>

FERNANDO, R. J. Risk factors and management of obstetric perineal injury. *Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine* 2007; 17:238-243.
<https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2007.06.008>

FRANCISCO, A. A.; OLIVEIRA, S.M.J.V.; SILVA, F.M.B.; BICK, D.; RIESCO, M.L.G. Women's experiences of perineal pain during the immediate postnatal period: a cross-sectional study in Brazil. *Midwifery*, 2010, DOI [10.1016/j.midw.2010.10.012](https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.10.012)

FRANKMAN, E.A.; WANG, L.; BUNKER, C.H.; LOWDER, J.L. Episiotomy in the United States: has anything changed? *Am. J. Obstet. Gynecol.*, v. 200, p. , 2009. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.11.022>

FRASS, K.A.; AL-HARAZI, A.H. Episiotomy is still performed routinely in Yemeni women. *Saudi Med. J.*, v. 31, p. 764- 767, 2010.

FRIEDMAN, A.M. et al. Variation in and factors associated with use of episiotomy. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, v. 313, n. 2, p.197-199, 2015. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.14774>

GAUTHAMAN, N. et al. Shoulder dystocia and associated manoeuvres as risk factors for perineal trauma. *International Urogynecology Journal*, v. 27, p. 571-577, 2016. <https://doi.org/10.1007/s00192-015-2863-x>

GEBUZA, G. et al. Episiotomy and perineal tear risk factors in a group of 4493 women. *Health Care for Women International*, v. 39, n.6, p. , 2018. DOI: 0.1080/07399332.2018.1464004 <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1464004>

HIRAYAMA, F. et al. Prevalence and risk factors for third- and fourth-degree perineal lacerations during vaginal delivery: a multi-country study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, v. 119, p. 340-347, 2012. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.03210.x>

HUSSEIN, S. A.; DAHLEN, HG, DUFF, M, et al. The barriers and facilitators to evidence-based episiotomy practice in Jordan. *Women Birth*, v. 29, p. 321-329, 2016. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.12.006>

IGLESIAS, S. et al. Factores perinatales que influyen em el descenso de hemoglobina materna tras El parto y enel pH neonatal. *Matronas Prof.*, v. 12, n.4, p. 97-103, 2011.

IGNATOV, T. et al. Perinatal and maternal outcomes at term in low-risk pregnancies according to NICE criteria: comparison between a tertiary obstetrical hospital and midwife-attended units. *Archives Gynecology Obstetrics*,v. 296, p. 223-229, 2017; <https://doi.org/10.1007/s00404-017-4423-8>

KHANI, S.; ZARE, K.; RAMEZANNEJAD, E. The frequency of episiotomy and its related factors. *Iran Journal of Nursing*, v. 24, p. 45-52, 2012.

KLEIN, M.C.; JANSSEN, P.A.; MACWILLIAM, L.; KACZOROWSKI, J.; JOHNSON, B. Determinants of vaginal-perineal integrity and pelvic floor functioning in childbirth. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. v.176, p.403-410, 1997. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(97\)70506-4](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(97)70506-4)

KOSKAS, M. et al. Impact maternel et neonatal des Recommandations pour la pratique Clinique du CNGOF relatives à l'épisiotomie. Étudeunicentrique à propos de 5409 accouchements par voievaginale. *Gynecol. Obstet. Fertil.*, v. 37, p. 697-702, 2009. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2009.06.003>

LEAL M. C. et al. Obstetric interventions during labor and childbirth in Brazilian low-risk women. *Reports in Public Health, Brazil*, v. 30, n. suppl 1, p. 17-32, Aug.2014.

LEDE, R.L.; BELIZAN, J.M.; CARROLI, G. Is routine use of episiotomy justified? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 174, p. 1399-1402, 1996. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(96\)70579-3](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(96)70579-3)

LILJESTRAND, J. Episiotomy for vaginal birth: commentary. WHO Reproductive Health Library. Available at: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/childbirth/2nd_stage/jlcom/en/index.html 2003. Retriever January 25, 2019.

LIMA, M. G.; LIMA, M.B.; SILVA, A.; SOUZA, T. A.; SOUZA, L. P. A Episiotomia e o Retorno à Vida Sexual Pós-Parto. Revista Uningá, v.16, n.2, p.33-37, 2013.

MATTAR, R.; AQUINO, M.M.A.; MESQUITA, M.R.S. A prática da episiotomia no Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. v.29, n.1, p.1-2, 2007.
<https://doi.org/10.1590/S0100-72032007000100001>

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. Texto Contexto Enfermagem, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.
<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

MESDAGHINIA, E.; ABBASZADEH, F.; MESDAGHINIA, A. Incidence of perineal trauma in normal spontaneous vaginal delivery in Shabih-khani Maternity Hospital of Kashan during 2007. KAUMS Journal (FEYZ), v. 14, p. 533-538, 2011.

MESENBURG, M.A. et al. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015. Pelotas birth cohort Reproductive Health, v. 15, n. 54, p. ,2018. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0495-6>
<https://doi.org/10.1186/s12978-018-0495-6>

INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY AND OBSTETRICS, INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, INTERNATIONAL PEDIATRIC ASSOCIATION. WORLD HEALTH ORGANIZATION. MOTHER-BABY FRIENDLY BIRTHING FACILITIES. Int J Gynecol Obstet., v. 128, n 2, p. 95-99, 2015.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013>

MORA-HERVAS, I. et al. Perineal trauma in primiparous women with spontaneous vaginal delivery: episiotomy or second degree perineal tear? International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences, v. 3, p.84-88, 2015.
<https://doi.org/10.15296/ijwhr.2015.16>

NEME, B. Obstetrícia Básica. 1ª ed. São Paulo: Sarvier; 1994. p.149-150
<https://doi.org/10.11606/issn.2176-8099.pcco.1994.68059>

NIGUSE, K. et al. Episiotomy practice and its associated factors among mothers who gave birth vaginally at public health institutions of Shire Town, Northern Ethiopia. *Research and Reviews: Journal of Health Professions*, v. 6, p. 1-7, 2016.

NHS MATERNITY STATISTICS. Information and technology for better health and care. 2017. Available: <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/nhs-maternity-statistics/2017-18>. Retrieved: January 25, 2019

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS; 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Mother baby friendly birthing facilities. *International Journal of Gynecology Obstetrics*, v. 128, p. 95-99, 2015. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013>

RÄISÄNEN S. et al. Changing associations of episiotomy and anal sphincter injury across risk strata: results of a population-based register study in Finland 2004-2011. *Obstetrics and Gynaecology*, v. 3, p. 1-8, 2013. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003216>

REZENDE, J. *Obstetrícia*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 257-259

REYES, C. M. et al. Implantación de una política de episiotomia selectiva em el Hospital de Baza. Resultados materno-fetales. *Prog. Obstet. Gynecology*, v. 54, n.3, p. 101-108, 2011. <https://doi.org/10.1016/j.pog.2011.01.008>

RIESCO, M.L.G.; COSTA, A.S.C.; ALMEIDA, S.F.S.; BASILE, A.L.O.; OLIVEIRA, S.M.J.V. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. *Rev. enferm. UERJ*, v.19, n.1, p.77-83, 2011.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS, UK. Gynaecologists. Clinical query answer produced by RCOG Library staff. Available at:

<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/episiotomy-query-bank/> 2012. Retriever January 25, 2019.

SAADIA, Z. Rates and Indicators for Episiotomy in Modern Obstetrics - a study from Saudi Arabia. *Materia Socio-medica*, v. 26, p.188-190, 2014.
<https://doi.org/10.5455/msm.2014.26.188-190>

SANTOS, J. O.; BOLANHO, I. C.; MOTA, J. Q. C.; COLEONI, L.; OLIVEIRA, M. A. Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. *Ver. Enferm. UERJ*, v.12, n.4, p.658-63,2008.
<https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000400008>

SCHNECK, C.A.; RIESCO, MLG. Intervenções no parto de mulheres atendidas em um centro de parto normal intra-hospitalar em Itapeverica da Serra-SP. *Rev. Min. Enferm.*, v. 10, p.240-246, 2006.

SHEMBEKAR, C.; TAJPURIYA, S. Comparison of routine versus selective episiotomy in normal labour: A randomized controlled study. In *Proceedings of the XIX World Congress of Gynecology & Obstetrics: 2009; Ciudad del Cabo, Sudáfrica; International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 107S2, S93-s396, 2009.
[https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(09\)61227-3](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(09)61227-3)

SHEN, Y.C.; SIM, W.C.; CAUGHEY, A.B.; HOWARD, D.H. Can major systematic reviews influence practice patterns? A case study of episiotomy trends. *Arch Gynecol Obstet*. v. 288, p. 1285-93, 2013.
<https://doi.org/10.1007/s00404-013-2904-y>

SILVA, F.M.B. et al. Risk factors for birth-related perineal trauma: a cross-sectional study in a birth centre. *Journal of Clinical Nursing*, v. 21, p. 2209-18, 2012.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04133.x>

SILVA, N. L. S.; OLIVEIRA, S. M. J. V.; SANTOS, J. O. Dispareunia, dor perineal e cicatrização após episiotomia. *Rev. Enferm. UERJ*, v.21, n.2, p.216-20, 2013.

SINGH, S.; THAKUR, T.; CHANDHIOK, N. et al. Pattern of episiotomy use & its immediate complications among vaginal deliveries in 18 tertiary care hospitals in

India. Indian J Med Res, v. 143, p. 474-480, 2016.
<https://doi.org/10.4103/0971-5916.184304>

SMITH, L.; PRICE, N.; SIMONITE, V.; BURNS, E. Incidence of and risk factors for perineal trauma: a prospective observational study. BMC Pregnancy and Childbirth, v. 13, p. 1-9, 2013.
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-59>

THACKER, S.B.; BANTA, H.D. Benefits and risks of episiotomy: an interpretive review of the English language literature, 1860-1980. Obstet Gynecol Surv. v.38, p.322-38, 1983.
<https://doi.org/10.1097/00006254-198306000-00003>

TOMASSO, G. Debemos seguir haciendo la episiotomia em forma rutinaria? Ver Obstet Ginecol., v.62, n.2, p.115-21, 2002.

VENTURI, G.; GODINHO, T. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. São Paulo: Sesc/Fundação Perseu Abramo; 2013. p.

VIEIRA, S. M. et al. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. Texto & Contexto: Enfermagem, Florianópolis, n. spe, p.255-262, 2011.
<https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000500032>

WAGNER, M. Episiotomy a form of genital mutilation. Lancet. 1999, p.1978
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)77197-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)77197-X)

WORD HEALTH ORGANIZATION. Classification of practices in normal birth. In: Care in normal birth: a practical guide. Geneva; 1996. p. 34-7.

YAMASATO, K. et al. Restricted episiotomy use and maternal and neonatal injuries: a retrospective cohort study. Arch. Gynecol. Obstet., v. 294, n. 6, p.1189-1194, 2016.
<https://doi.org/10.1007/s00404-016-4154-2>

ZUGAIB, M. Obstetrícia. 1ª ed. Barueri: Manole; 2008. 1248p.