

A episiotomia de rotina é uma prática baseada em evidência? Uma revisão integrativa de literatura.

Luiza Neves Teles Prieto⁽¹⁾, Leides Barroso de Azevedo Moura⁽²⁾

¹ Discente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal. Luiza_ntp@hotmail.com

² Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde. Professora Adjunto III da Universidade de Brasília, Distrito Federal, Brasil. E-mail:leidesm74@gmail.com

RESUMO

A episiotomia, uma incisão perineal utilizada para ampliar o canal de parto, é um procedimento cirúrgico realizado sem o consentimento livre e esclarecido da mulher. Objetivando descrever a escassez de evidências científicas que fundamentam a prática da episiotomia durante a assistência aos partos, foi realizada uma revisão integrativa de literatura com avaliação dos artigos segundo nível de evidência e Qualis Capes dos periódicos em que foram publicados. Realizou-se busca em base de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e selecionou-se 13 artigos. Os resultados mostram uma maior frequência de pesquisas com abordagem qualitativa 46% (N=6), autores principais do sexo feminino 92% (N=12), da enfermagem 70% (N=9), periódicos indexados na enfermagem com Qualis B1 46% (N=6), com nível 4 de evidência científica 92% (N=12).

Descritores: Episiotomia, Violência contra a mulher, Revisão, Enfermagem Baseada em Evidências

INTRODUÇÃO

A episiotomia é uma incisão realizada no períneo para ampliar o canal de parto. Esta incisão afeta várias estruturas do períneo, como vasos sanguíneos, músculos e tendões, responsáveis pela sustentação de órgãos, pelo controle urinário e fecal, possuindo ainda relações significativas com o clitóris. A lesão provocada pela episiotomia traz a possibilidade de incontinências urinária e fecal graves, dispareunia e perda da sensibilidade além de prolápio de órgãos⁽¹⁾. A episiotomia é a única operação realizada sem o consentimento da paciente e, muitas vezes, sem ao menos informá-la sobre as possíveis indicações, os riscos que envolvem o procedimento, possíveis benefícios e complicações⁽²⁾. Menor ainda é o acesso da mulher à informação com relação a

tratamentos alternativos, contrariando assim, os princípios da Saúde Baseada em Evidências^(2,3).

Historicamente, partejar faz parte das atividades do universo simbólico considerado "feminino", tendo sido partilhado por mulheres que exerciam este papel na comunidade, conhecidas como *comadres, curandeiras ou parteiras*. O parto não era visto como atividade médica, sendo este profissional solicitado em casos de intercorrências. Entretanto, descobertas no campo da assepsia, controle de patógenos, anestesia e tecnologias cirúrgicas fizeram com que o ambiente hospitalar passasse a ser percebido como uma geografia mais adequada para a realização do parto. No Brasil, a partir da década de 40 do século passado, inicia-se o processo de intensificação da hospitalização do parto, com conseqüente aumento de intervenções, medicalização do cuidado, controle do período gestacional e do parto pelos profissionais de saúde. Por conseguinte, o ambiente privado e familiar de vivência do parto foi, gradativamente, substituído pelo ambiente público e institucionalizado. Verificou-se uma redução do protagonismo feminino e o estabelecimento de uma condição de submissão da parturiente em relação às intervenções realizadas "em nome do que é científico"⁽⁴⁾.

Na contemporaneidade, o tema da humanização do parto e do nascimento tem sido incluído na agenda de pesquisa nacional, ainda que a hospitalização e o intervencionismo continuem sendo consideradas as características predominantes na assistência ao parto no Brasil⁽⁵⁾. O Ministério da Saúde divulgou que a realização de cesáreas aumentou de 38% no ano de 2000 para 52,3% em 2010⁽⁶⁾. Se comparado as taxas mundiais, o número de cesáreas no setor suplementar de saúde no Brasil é superior a vários países como Portugal, Austrália e Estados Unidos (30%), México (33%) e Eslováquia, Suécia e Noruega (14-18%)⁽⁵⁾.

Sobre episiotomia, a pesquisa *Nascer no Brasil*⁽⁷⁾ traz que este procedimento foi realizado em mais de 50% das parturientes do estudo e em aproximadamente 75% das primíparas, todas consideradas como de risco obstétrico habitual. Complicações importantes podem ser reduzidas pelo cuidado obstétrico apropriado e pelo uso adequado de tecnologias. Em contrapartida, tecnologias ou intervenções desnecessárias trazem prejuízos à saúde da mulher e da criança⁽⁷⁾. Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um material com base em 218 estudos desenvolvidos em diversos países, onde a episotomia foi classificada na categoria das práticas "frequentemente utilizadas de modo inadequado"⁽⁸⁾.

A presente pesquisa teve como objetivo avaliar o nível de evidência das publicações apresentadas na literatura especializada, que abordam diretamente o procedimento da episiotomia durante a assistência aos partos normais. Será realizada uma análise sob a ótica da violência institucional na atenção obstétrica a respeito da prática de um

procedimento cirúrgico, que apresenta potencial para violação da integridade física, psicológica, emocional, sexual e intelectual da mulher. Esta violência caracteriza-se pela apropriação indevida pelo profissional do corpo, estado de saúde e todo processo reprodutivo da mulher, por meio de tratamentos não humanizados, excesso de medicalização e pela visão patológica de processos naturais como o parto. Levando a perda da autonomia e trazendo prejuízo à capacidade de decidir de forma livre e consciente sobre seu corpo e sexualidade, com consequências negativas para a qualidade de vida das mulheres⁽⁹⁾.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura⁽¹⁰⁾ que avaliou e classificou os artigos selecionados quanto ao Nível de Evidência Científica e a tabela Qualis do Conselho Técnico Científico de Ensino Superior (CTC-ES) da CAPES para os períodos em que os artigos foram publicados. A base teórica utilizada para analisar os artigos foi adotada a partir do conceito de Saúde Baseada em Evidência (SBE)⁽³⁾, Violência Baseada em Gênero (VBG)⁽¹¹⁾ e Violência Obstétrica (VO)⁽¹²⁾.

SBE é uma abordagem que faz uso dos instrumentos da Epidemiologia Clínica, da metodologia científica, da estatística e da informática, privilegiando desenvolver o conhecimento, a pesquisa e a atuação baseada em evidência. Assim, os profissionais da saúde dispõem da melhor informação para a tomada de decisões nesse campo. Essa prática busca integrar a experiência clínica às melhores evidências científicas disponíveis, levando em conta a segurança nas intervenções e a ética em todas as ações. SBE é a arte de analisar e diminuir a incerteza durante a tomada de decisões em saúde⁽³⁾.

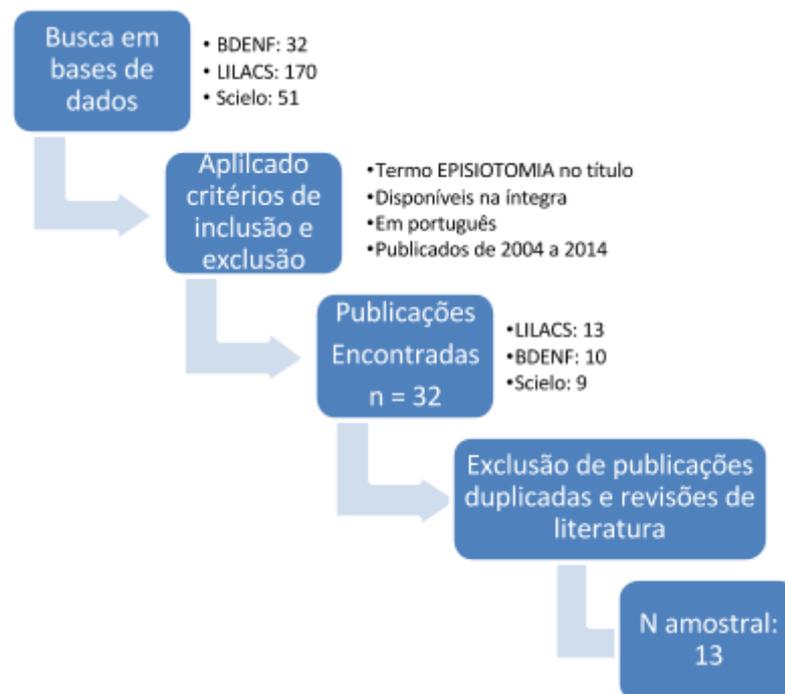
Nesse contexto, a revisão sistemática e a revisão integrativa são os métodos que se destacam. Com a finalidade de garantir uma prática assistencial, baseada em evidências, a revisão integrativa tem se mostrado uma ferramenta importante para a enfermagem, sendo possível sintetizar os conhecimentos acerca de determinado assunto e implementar uma prática profissional ancorada em preceitos éticos e científicos. Nesse sentido, compreender o significado da Prática Baseada em Evidência (PBE) promove a construção do pensamento crítico reflexivo e possibilita que as intervenções sejam mais efetivas⁽¹³⁾.

Na enfermagem, a prática profissional pautada na lógica da SBE contribui para a autonomia, o autoconhecimento, o amadurecimento da identidade profissional e para a qualidade da assistência prestada. Entretanto, é possível que o profissional não perceba o ambiente assistencial como espaço privilegiado de pesquisa, perdendo oportunidade de gerar conhecimentos e reflexões a respeito do cuidado prestado, deixando de contribuir para a construção de uma assistência de excelência⁽¹³⁾.

A questão norteadora dessa pesquisa foi: A prática da episiotomia de rotina, segundo artigos publicados no Brasil, é baseada em evidência científica? Para tanto realizou-se uma revisão integrativa por intermédio do descritor controlado “episiotomia” dos Descritores em Saúde (DECS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram testados outros descritores, mas os resultados não atenderam à pergunta da pesquisa e aos critérios de seleção definidos.

Na seleção dos artigos, os critérios de inclusão foram: artigos contendo o termo “episiotomia” no título; publicados em português; com qualquer tipo de delineamento; indexados nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); disponíveis na íntegra e publicados no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2014. Os critérios de exclusão foram: artigos escritos em outras línguas, artigos que não apresentam a episiotomia como foco central da pesquisa, capítulos de livros, revisões de literatura, trabalhos de conclusão de cursos e teses de mestrado e doutorado.

Imagem 1. Diagrama do processo de seleção de artigos segundo método do estudo. Brasília, DF, 2015.



RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram selecionadas e avaliadas treze publicações que cumpriram os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Dos treze autores principais dos artigos selecionados 70% (N=9) são profissionais da enfermagem, 15% (N=2) da medicina e 15% (N=2) da fisioterapia. Interessante notar também que o sexo feminino representou 92,3% (N=12) dos autores principais. Dentre as abordagens metodológicas identificadas nas pesquisas observou-se que 46% (N=6) foram estudos qualitativos, 38% (N=5) foram quantitativos, 8% (N=1) de método misto e 8% (N=1) opinião de especialista. Mais da metade dos estudos (54%, N=7) foram publicados antes do ano de 2010 (Quadro 1) .

Os resultados desta revisão contrastam com o de revisão anterior⁽¹⁴⁾, publicada em 2006, que analisou a produção científica desde a década de 80 até o ano de 2005. O estudo chamava atenção para o número reduzido de publicações sobre a temática da episiotomia pelos profissionais com formação em enfermagem, para o número reduzido de autores do sexo feminino e escassez de estudos que tenham a visão da mulher acerca do assunto episiotomia como principal foco da pesquisa.

Quadro1. Publicações selecionadas segundo ano, autor, formação e sexo do autor principal e delineamento da pesquisa. Brasília, DF, 2015.

Publicação		Autor principal			Pesquisa	
Título	Ano	Nome	Formação	Sexo	Delineamento	N amostral
Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades	2012	Beleza ACS	Fisioterapia	F	Descritivo Quantitativo	N=50 Puérperas

Episiotomia: sentimentos e repercussões vivenciadas pelas puérperas	2012	Lopes DM	Enfermagem	F	Qualitativo	N=20 puérperas
Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados	2011	Riesco MLG	Enfermagem	F	Retrospectivo Quantitativo	N= 6.365 partos
Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar	2011	Figueiredo GS	Enfermagem	F	Descritivo Quantitativo	N= 447 partos
A prática da episiotomia: estudo qualitativo descritivo sobre as percepções de um grupo de mulheres	2011	Wey CY	Enfermagem	M	Qualitativo	N=35 puérperas

Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil	2010	Carvalho CCM	Medicina	F	Retrospectivo Quantitativo	N= 495 Puérperas
Mensuração e características da dor perineal em primíparas submetidas à episiotomia	2009	Pitangui ACR	Fisioterapia	F	Descritivo Quantitativo	N=40 Puérperas
Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade	2008	Progianti JM	Enfermagem	F	Qualitativo	N=10 mulheres
Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres	2008	Santos JO	Enfermagem	F	Qualitativo	N=16 mulheres
Episiotomia: em foco a visão das mulheres	2007	Previatti FJ	Enfermagem	F	Qualitativo	N=20 puérperas

Discurso do sujeito coletivo das mulheres que sofreram episiotomia	2007	Santos JO	Enfermagem	F	Qualitativo	N=16 mulheres
A prática da episiotomia no Brasil	2007	Mattar R	Medicina	F	Opinião de Especialista	—
Frequência e critérios para indicar a episiotomia	2005	Oliveira SMJV	Enfermagem	F	Descritivo Misto	N= 255 partos N= 24 (Enf/Med)

Os artigos foram classificados quanto a qualidade da evidência científica segundo categorização da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) que propõe: nível 1, metanálise de múltiplos estudos controlados; nível 2, estudo individual com desenho experimental; nível 3, estudo com desenho quase-experimental como estudo sem randomização com grupo único pré e pós-teste, séries temporais ou caso-controle; nível 4, estudo com desenho não-experimental como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudos de caso; nível 5, relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas; nível 6, opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas, incluindo interpretações de informações não baseadas em pesquisas, opiniões reguladoras ou legais⁽¹⁵⁾.

Dentre as publicações analisadas 31% (N=4) foram publicadas em periódicos classificados, na categoria Enfermagem, com Qualis A2 e 46% (N=6) com Qualis B1. As revistas que apresentaram uma maior proporção de publicações, de acordo com os critérios de seleção da pesquisa foram: Revista Brasileira de Enfermagem, Escola Anna Nery e Revista Enfermagem UERJ, cada uma com dois artigos publicados. Quanto ao nível de evidência, verificou-se uma maioria absoluta (92%, N=12) de delineamento de estudos com desenho não-experimental do tipo pesquisa descritiva, utilizando estatística descritiva e/ou inferencial com análise correlacional e também estudos qualitativos exploratório e descritivos. O qualis capes e nível de evidência dos artigos foram descritos no Quadro 2.

Quadro 2. Qualis Capes dos periódicos em que os artigos foram publicados e Nível de Evidência. Brasília, DF, 2015.

Ano	Autor	Revista	Qualis Enfermagem	Nível
2012	Beleza ACS	Revista Brasileira de Enfermagem	A2	4
2009	Pitangui ACR	Acta Paulista de Enfermagem	A2	4
2005	Oliveira SMJV	Revista da Escola de Enfermagem da USP	A2	4
2007	Previatti FJ	Revista Brasileira de Enfermagem	A2	4
2011	Riesco MLG	Revista Enfermagem UERJ	B1	4
2008	Progianti JM	Escola Anna Nery	B1	4
2008	Santos JO	Escola Anna Nery	B1	4
2011	Figueiredo GS	Revista Enfermagem UERJ	B1	4
2011	Wey CY	Online Brazilian Journal of Nursing	B1	4
2007	Mattar R	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	B1	6
2012	Lopes DM	Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental	B2	4
2007	Santos JO	REME. Revista Mineira de Enfermagem	B2	4
2010	Carvalho CCM	Revista da Associação Médica Brasileira	–	4

Acesso a evidências científicas atualizadas é um dos pressupostos fundamentais para que a prática do cuidado de enfermagem seja realizada com qualidade e rigor científico. A busca por informações em bases de dados científicas se faz necessária na enfermagem, sendo suporte para o exercício da profissão, nas diversas áreas de atuação. A comunidade científica da enfermagem precisa manter a garantia da qualidade na

prática profissional, pautada em conhecimentos científicos, gerando reconhecimento e valorização da enfermagem, enquanto profissão autônoma com corpo de conhecimentos próprio, atualizando continuamente seus conhecimentos, utilizando de forma competente as tecnologias, investindo em educação permanente e aprofundada a respeito das ciências humanas e da saúde⁽¹⁶⁾. Assim, a profissão avança na produção de novos diagnósticos, planos e protocolos de cuidado com abordagem específica, mas também com enfoque interdisciplinar e interprofissional.

Uma PBE envolve a delimitação de um problema, a investigação e avaliação crítica das evidências disponíveis, a aplicação destas na prática e análise dos resultados, integrando três elementos: i) A melhor evidência - advinda de pesquisa clínica relevante com foco no paciente e na melhoria das avaliações diagnósticas, dos indicadores de prognóstico e tratamento, da reabilitação e da prevenção. Os achados de pesquisas clínicas podem substituir as condutas anteriormente aceitas e oferecer informações mais seguras, acuradas e eficazes, que podem ser baseadas em estabelecimento de protocolos. ii) Habilidades clínicas - advindas da capacidade de sistematizar conhecimentos clínicos e experiências na identificação do estado de saúde e diagnóstico, além de identificar os riscos de cada indivíduo e os possíveis avanços nas intervenções planejadas; iii) Preferências do paciente - uma vez que recomenda que os valores, expectativas e preocupações do cliente sejam ponderados no cuidado e compete ao profissional agregá-los às decisões clínicas, quando úteis e relevantes⁽¹⁷⁾.

Por se tratar de um procedimento cirúrgico invasivo, sem fundamentação teórica que sustente os possíveis benefícios da intervenção, torna-se inviável a realização de Estudos Clínicos Randomizados sobre a episiotomia. Entretanto, a realização de pesquisas utilizando métodos não invasivos, que substituam este procedimento, deve ser amplamente incentivada no meio acadêmico, nos cenários de prática do ensino-serviço e na dinâmica da atuação nas redes de atenção à saúde das mulheres.

Na presente pesquisa não foram detectados estudos com nível de evidência fornecido pelas revisões sistemáticas com meta-análise (Nível I) que poderiam, em muito, contribuir para o estado de arte da questão da episiotomia e a inadequação da manutenção de sua indicação nos procedimentos de rotina do parto.

Finalmente, quanto aos temas centrais abordados nos artigos analisados foram identificadas e elencadas as seguintes categorias temáticas: Percepção das mulheres e relações de poder (46%, N= 6 artigos); Identificação de fatores associados à episiotomia e os critérios de indicação utilizados (31%, N= 4 artigos); Mensuração e caracterização da dor relacionada à prática da episiotomia (15%, N=2 artigos) e um editorial com opinião de especialista sobre a temática. Os estudos foram discutidos segundo essas categorias:

Percepção das mulheres e relações de poder

Os estudos⁽¹⁸⁻²³⁾ que abordaram a temática da percepção das mulheres acerca da prática da episiotomia evidenciaram principalmente a falta de informação das mesmas e as relações de poder que envolvem este procedimento. Os autores apresentaram a falta de informação e conhecimento da mulher a respeito do procedimento como um ponto em comum. Nesse sentido, a assimetria de poder de informação entre cliente e profissionais de saúde e o acesso restrito a uma educação que permita a "agência" feminina são apresentados como elementos basilares, que dificultam a reivindicação da mulher na participação da decisão sobre o procedimento da episiotomia e no exercício de sua autonomia.

A esse respeito, as pesquisas trazem depoimentos que elucidam a falta de informação das mulheres com relação ao processo fisiológico do parto, sobre os limites e possibilidades anatômicas relacionadas ao próprio corpo e ao processo de decisão acerca do procedimento da episiotomia. Fica evidente a omissão da educação em saúde por parte dos profissionais em orientar as mulheres acerca do parto e as indicações, riscos e possíveis benefícios consequentes da episiotomia. O acesso restrito à informação qualificada impede que a mulher exerça seus direitos no processo de parir e que participe da decisão sobre as intervenções realizadas em seu próprio corpo. Nessa perspectiva da não autonomia e não agência pode-se constatar o privilégio e poder para um grupo - os profissionais de saúde - em detrimento do outro - as mulheres parturientes.

Em uma sociedade com resquícios patriarcais, ainda se observa a ideia de inadequação ou incapacidade do corpo feminino, tornando-o impróprio ao parto vaginal ou dificultando esse processo, sendo justificada a intervenção do profissional obstetra e das tecnologias hospitalares para garantir um desfecho positivo ao parto. Esta ideia confere liberdade de atuação, decisão e poder a estes profissionais, uma vez que as mulheres não são consideradas detentoras do conhecimento sobre a capacidade fisiológica do próprio corpo de parir, bem como desconhecem seus direitos e tendem a tornarem-se submissas nos processos de decisão profissional. Na prática, parece ser possível inferir que as mulheres parturientes absorvem a concepção hegemônica de que apenas os profissionais detêm o direito de decidir. Essa cultura de desempoderamento da mulher naturaliza a violência contra a intelectualidade e capacidade emocional de protagonizar o processo de parir. Entretanto, novas pesquisas baseadas nas teorias das VBG podem contribuir com uma melhor elucidação dessa "dominação"⁽¹¹⁾.

Os estudos descrevem que acontece uma inversão de papéis e uma ampliação de autoridade em favor dos profissionais, que passam a ser os agentes ativos no processo de parir, assumindo um protagonismo às custas da "docilização" e submissão da parturiente. Todo esse processo contribui para o ciclo vicioso da relação desigual de

poder entre profissionais e pacientes e influencia na decisão de escolha do tipo de parto^(19,21).

Apesar de diversos estudos contraindicando a episiotomia de rotina^(2,7,8) ainda é bastante comum a prática sem qualquer indicação clínica. Isso mostra uma tendência dos profissionais em permanecerem arraigados a práticas empíricas, pautadas por evidências contraditórias ou mesmo contrárias à realização da episiotomia. Um agravante a este ponto é o fato dos profissionais não oferecerem informações baseadas em evidências ou mesmo explicação sobre o procedimento às suas clientes. As mulheres que relatam ter algum tipo de informação a respeito da episiotomia tiveram como fonte de amigas e familiares que viveram a experiência. Essa falta de informação limita ainda mais o poder de decisão dessas mulheres, uma vez que, sem o conhecimento das implicações e das evidências científicas, que amparam cada procedimento, elas não terão requisitos para escolher ou opinar a respeito da conduta clínica. Algumas mulheres relatam a consciência de que a episiotomia era desnecessária e preferiam que não fosse realizada, entretanto, não sentiram segurança para exigir isso do profissional⁽²²⁾.

A episiotomia de rotina sem o consentimento livre e esclarecido viola os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, apresentando-se como violência ligada às assimetrias baseadas em gênero. Espera-se que a assistência do profissional da saúde respeite o parto como acontecimento fisiológico e sexual, tendo a mulher como agente e protagonista de sua história obstétrica, estimulando a sua participação de forma ativa. É essencial que os profissionais façam uso de novas formas de cuidado não invasivas, baseado em evidência, para substituir esse procedimento. É premente que a formação profissional não priorize o ensino do procedimento cirúrgico da episiotomia, a fim de que se desenvolvam novas tecnologias de cuidado e amplie a consciência e capacitação dos profissionais da saúde para que a proteção do períneo seja uma prática incorporada às rotinas da assistência ao parto vaginal⁽²³⁾.

É sabido e esperado que a mulher tenha o direito de participar da escolha e autorização dos procedimentos que serão realizados em seu corpo durante a assistência prestada. Entretanto, durante o parto a mulher sofre iatrogenias e negligências, frutos da violência institucional e da transgressão de seus direitos. Evento que deveria ser focado no cuidado e respeito à mulher, transforma-se em momento de medo, desrespeito, insegurança, abuso de poder e violação de seu direito à integridade moral, psíquica e física.

Uma pesquisa recente⁽²⁴⁾ mostrou que 25% das mulheres, que pariram por parto vaginal, foram vítimas de algum tipo de violência durante a assistência ao trabalho de parto e parto. Isso evidencia que muitas mulheres desconhecem ou não fazem valer seus direitos, sendo submissas ao sistema e ao profissional de saúde, principalmente em momentos de medo e fragilidades como a gestação, parto e puerpério. A visão

biomédica, o controle social fragilizado, a ideia da gravidez como doença, a visão do parto como perigoso, ausência de autonomia, incredulidade na capacidade fisiológica e no poder do corpo feminino, acarretam nas mulheres o cerceamento do exercício da cidadania, dificultando a evolução e mudança social tão necessárias nesse contexto⁽²⁵⁾.

Identificação de fatores associados à episiotomia e os critérios de indicação utilizados

Quanto a frequência e fatores associados, os estudos⁽²⁶⁻²⁹⁾ trazem a ausência de parto vaginal anterior como principal fator para indicação e realização de episiotomia. Esclarecem⁽²⁶⁾ ainda que não encontraram relação importante entre idade gestacional, duração do trabalho de parto, período expulsivo prolongado (maior que 30 minutos), uso de indutores como misoprostol ou ocitocina, alterações no batimento cardíaco fetal, presença de mecônio, partos durante os turnos matutinos ou noturnos, Apgar e peso do recém nascido. Alguns dados contrastam com o resultado de outra pesquisa⁽²⁸⁾ que conseguiu associar a realização da episiotomia à idade gestacional inferior a 37 semanas, peso e Apgar do recém-nascido. Dados positivos com relação à assistência ao parto, prestada por enfermeiras obstetras, foram encontrados em estudo nesta temática⁽²⁹⁾, uma vez que as taxas de episiotomia (11,2%), mesmo em primíparas, estão em acordo com o que seria aceitável pelo Ministério da Saúde⁽⁶⁾, entre 10% e 30%. Esses resultados sugerem que o restante das episiotomias realizadas não possuem qualquer indicação clínica e sustentação científica, apoiadas apenas nas indicações de DeLee⁽³⁰⁾, um obstetra que em 1920 trouxe o conceito do parto como processo patológico e a realização de episiotomia de rotina para aliviar a mulher do esforço durante o período expulsivo prolongado, preservar a musculatura do assoalho pélvico, aliviar a tensão do assoalho pélvico no cérebro do bebê e prevenir prolápsio uterino, laceração de quarto grau além de reestabelecer as características virginais da vagina. De Lee defendeu isso sem apresentar evidência científica que pautasse suas sugestões de indicação, uma vez que não existiam pesquisas científicas que as confirmassem. Entretanto, seus argumentos foram aceitos e a episiotomia ganhou status de procedimento de rotina, baseada apenas na opinião pessoal deste obstetra⁽¹⁴⁾. Estudo de 2005⁽²⁷⁾ sugere que se faz necessário rever as práticas e intervenções durante a assistência ao parto, levando em consideração as evidências científicas atuais disponíveis para condutas individualizadas.

Mensuração e caracterização da dor relacionada à prática da episiotomia

A dor perineal pode estar relacionada a trauma, principalmente no último período do trabalho de parto, o expulsivo. Caracterizado por prejuízo à integridade da região perineal produzido por lesão cirúrgica, na forma da episiotomia, ou espontânea como laceração. A episiotomia e a episiorrafia são os procedimentos que provocam maiores

desconfortos no período pós parto. A dor perineal após o parto é uma sequela comum ao processo de parir e é caracterizada como fenômeno agudo e considerada a morbidade mais frequente no puerpério, trazendo sintomas como alteração do padrão de sono, falta de apetite, queda da libido, irritabilidade aumentada, déficit de concentração e restrição motora, comprometendo aspectos da saúde biopsicossocial da mulher.

A presença da dor pode ser prejudicial ao autocuidado da mulher e à assistência ao recém nascido, atrasando a recuperação da puérpera, influenciando na sua auto estima e prejudicando a adaptação ao novo contexto de vida e familiar. Essa sensação dolorosa não é valorizada pelas mulheres, familiares e profissionais; por diversas vezes, a mulher não chega a verbalizá-la; nesse momento, a assistência ao recém nascido é prioridade. Por outro lado, a ausência dessa dor é considerada como fator de encorajamento ao retorno precoce às atividades diárias da puérpera e família. Fazendo-se questionar o uso rotineiro da episiotomia que ocasiona consequências prejudiciais ao assoalho pélvico, bem como para a saúde biopsicossocial materna e ao contexto familiar⁽³¹⁾.

As pesquisas^(31,32), por intermédio de entrevistas semi-estruturadas, utilizaram uma escala numérica e Questionário McGill⁽³³⁾ para mensurar e caracterizar a dor em pacientes submetidas a episiotomia. Os estudos apresentaram resultados semelhantes no que diz respeito a avaliação da dor pelas mulheres, com média 5⁽³⁰⁾ e 4.2⁽³¹⁾ de score na escala numérica de dor, sendo considerada de moderada intensidade. Quanto à caracterização da dor, os termos "latejante", "que repuxa" e "ardida" foram encontrados nos resultados de ambos os estudo, informando ainda que as atividades de sentar, deitar e deambular estariam prejudicadas pela dor causada pela episiotomia^(31,32).

Opinião de Especialistas

Foi identificado um texto de especialistas que reforça a importância da prática baseada em evidências e o processo de mudança na praxis profissional como atividade meio para que ocorra a substituição das práticas baseadas em condutas ultrapassadas, tidas como "verdades", pela produção de evidências. Os autores apresentam um relato histórico do surgimento da episiotomia e suas indicações iniciais, que ainda é modelo seguido e lecionado pela obstetrícia brasileira como procedimento estabelecido e amplamente aceito. O trauma perineal, a dor e possíveis complicações seriam justificados pelos benefícios que o procedimento traria, entretanto, há algumas décadas, estudos vêm mostrando dados que contradizem tal afirmação. A dificuldade em abandonar esta prática vem do fato dela ainda ser ensinada durante a formação acadêmica e realizada como rotina nos ambientes das instituições de saúde, tornando-se hábito na assistência desses profissionais, mesmo reconhecida como prática que deva ser desestimulada. Os autores concluem que é essencial uma transformação, uma mudança de paradigmas, visando práticas baseadas em evidência⁽³⁴⁾.

CONCLUSÃO

Muito se fala sobre a humanização da assistência, entretanto, ainda existe um longo caminho na consolidação de uma PBE para que seja possível alcançar a excelência na humanização do cuidado.

O estudo identificou uma maior proporção de publicação por parte de mulheres profissionais de saúde, especialmente por enfermeiras. Entretanto, verificou-se uma escassez de estudos com maior nível de evidência e publicações em revistas com Qualis Capes de maior indexação (A1 e A2). Como limitação, a pesquisa apresentou a não inclusão de estudos publicados em outras línguas, como a inglesa e a espanhola.

Aspectos biopsicossociais da mulher precisam ser considerados, ao se tratar de assistência à gestação, parto e pós parto. Entendendo que cada mulher tem o direito de ser tratada de acordo com sua individualidade, os profissionais de saúde devem disponibilizar informações, oferecer seus conhecimentos técnico-científicos, estabelecer diálogo com a cliente, oferecer práticas alternativas e não impor qualquer tipo de procedimento durante a assistência sem que exista o consentimento livre e esclarecido da mulher.

Para que o profissional consiga oferecer assistência humanizada e de qualidade é preciso disponibilizar informações necessárias para que a mulher participe do seu projeto terapêutico, decidindo juntamente à equipe as possíveis intervenções a serem realizadas durante a assistência prestada, respeitando sua autonomia enquanto cidadã.

Faz-se necessário a realização de estudos com maior nível de evidência sobre práticas não invasivas alternativas à episiotomia, bem como práticas integrativas à saúde durante o pré-natal e ênfase em educação perinatal. Esses estudos podem subsidiar a necessidade e a viabilidade da substituição da episiotomia por práticas baseadas em evidências com eficácia comprovada que respeite a integridade física e os direitos humanos da mulher.

É imperativo o abandono de costumes arraigados e práticas baseadas em hábitos, sendo urgente a interrupção das violências obstétricas e violências baseadas em gênero na atenção à saúde da mulher. A realização da episiotomia como rotina nos serviços de saúde deve ser questionada e novos estudos devem oferecer as bases epistemológicas e epidemiológicas com evidências contra procedimentos que não contemplem a PBE e os direitos humanos das mulheres.

REFERÊNCIAS

1. Amorim MMR, Katz L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Femina* 2008; 36:47-54.
2. Rede do Parto do Princípio – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Violência Obstétrica “Parirás com dor”. Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres. 2012. 188p.
3. Centro Cochrane do Brasil. Saúde Baseada em Evidências. Brasil, Cochrane; 2011.
4. Santos RAA, Melo MCP, Cruz DD. Trajetória de humanização do parto no Brasil a partir de uma revisão integrativa de literatura. *Cadernos de Cultura e Ciência*, v. 13, n. 2, p. 76-89, 2015.
5. Santos JO, Pacheco TS, Oliveira PS, Pinto VL, Gabrielloni MC, Barbieri M. Perfil obstétrico e neonatal de puérperas atendidas em maternidades de São Paulo. *J. res.: fundam. care. online* 2015. jan./mar. 7(1):1936-1945, jan. 2015. ISSN 2175-5361. Disponível: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3547>. Acesso em: 24 Mar 2015. doi: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1936-1945>.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012.
7. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30 (Supl. 1): S17-32. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151513>
8. Organização Mundial da Saúde. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS; 1996.
9. BP Soares, TC Vasconcelos, JS Quaresma, RLS Rodrigues, JPB Alcântara, MQ Costa. Violência obstétrica e suas implicações. *Revista Norte Mineira de Enfermagem*. 2015; 4(Edição Especial):93-94.
10. Torracco JR. Writing Integrative Literature Reviews: Guidelines and Examples. *Human Resource Development Review* 2005; 4 (3): 356-367.
11. Moura LBA, Lefevre F, Moura V. Narrativas de violências praticadas por parceiros íntimos contra mulheres. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(4): 1025-1035.
12. D’ Gregório R P. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *Society of Obstetrics and Gynecologist of Venezuela* 2010. 111 (3): 201-202.

13. Lima GS, Soares MI, Resck ZMR, Camelo SHH. A pesquisa como fio condutor para a produção do cuidado em enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Gestão e Saúde*, v. 6, n. 1, p. pag. 591-605, 6, jan. 2015. Disponível em: <http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/671> . Acesso em: 10 Jun. 2015.
14. São Bento PAS, Santos RS. Realização da episiotomia nos dias atuais a luz de uma produção científica: uma revisão. *Escola Anna Nery*. Dic. 2006 10 (3):552-559, Rio de Janeiro.
15. Galvão CM, Sawada NO, Mendes IA. A busca das melhores evidências. *Rev Esc Enferm USP*. 2003 Dez; 37(4):43-50.
16. Soares H, Pereira SM, Neves A, Gomes A, Teixeira B, Oliveira C et al. Projeto Evidência: investigação e formação sobre acesso a bases de dados de informação científica nos Açores. *Rev. esc. enferm. USP [Internet]*. 2013 Apr [cited 2015 June 10] ; 47(2): 486-493. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200030&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000200030>.
17. Pedrolo E, Danski MTR, Mingorance P, Lazzari LSM, Méier MJ, Crozeta K. A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. *Revista Cogitare [Internet]* 2009 Oct [cited 2015 Fev 28]; 14(4): 760-63. Available from: URL: <http://ojs.c3sl.ufpr.br>
18. Previatti FJ, Souza VK. Episiotomia: em Foco a visão de Mulheres. *Rev Bras Enferm* 2007 março-abril; 60(2):197-201.
19. Santos JO, Shimo AKK. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008;12(4):645-50.
20. Lopes DM, Bonfim AS, Sousa AG, Reis LSO, Santos LM. Episiotomia: sentimentos e repercussões vivenciadas pelas puérperas. *R pesq cuid fundam*. 2012 Mar; 4(1):2623-35.
21. Santos JO, Shimo AKK. Discurso do sujeito coletivo das mulheres que sofreram episiotomia. *Rev Min Enferm [periódico na internet]*. 2007 OutDez [acesso em 2015 Mar 24]; 11 (4): [5p]. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622007000400014&lng=pt&xxlng=pt&nrm=iso&tlng=PT
22. Wey CY, Salim NR, Santos-Junior HPO, Gualda DMR. A prática da episiotomia: estudo qualitativo descritivo sobre as percepções de um grupo de mulheres. *Online Brazilian Journal of Nursing, Niterói (RJ)*, v. 10, n.2, p. , Oct 2011. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3332>>. Acessado em: 2015 Jun 16.. doi:<http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20113332>.

23. Progianti JM, Araújo LM, Mouta RJO. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008;12(1):45-9.
24. Fundação Perseu Abramo. *Gravidez, filhos e violência institucional no parto. Mulheres Brasileiras e Gênero nos Espaços Público e Privado.* São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2010.
25. Zanon NN, Franco CE, Roselane G. O papel das obstetras e enfermeiras obstetras na promoção da maternidade segura no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 Abr [citado 2015 Jun 16] ; 18(4): 1059-1068. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400019&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000400019>.
26. Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes Filho OB. Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [Internet]. 2010 [cited 2015 June 16] ; 56(3): 333-339. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000300020&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302010000300020>.
27. Oliveira SMJV, Miquilini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Rev. esc. enferm. USP.* 2005;39(03):288-95.
28. Riesco MLG, Costa, ASC, Almeida, SFS, Basile, ALO, Oliveira, SMJV. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. *Rev Enferm UERJ* 2011;(19);77-83.
29. Figueiredo GS, Santos TTR, Reis CSC, Mouta RJO, Progianti JM, Vargens OMC. Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar. *Rev. Enferm. UERJ.* 2011;19(2):181- 5.
30. DeLee J.B. The prophylactic forceps operation. *Am J Obstet Gynecol.* 1920; 1: 34-8.
31. Beleza ACS, Ferreira CHJ, Sousa LD, Nakano AMS. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(2):264-8.
32. Pitanguí ACR, Sousa L, Ferreira CHJ, Gomes FA, Nakano AMS. Mensuração e características da dor perineal em primíparas submetidas à episiotomia. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(1):77-82.
33. Pimenta CAM, Jacobsen TM. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev. esc. enferm. USP,* 1996 473-483.32. Mattar R, Aquino MMA, Mesquita MRS. A prática da episiotomia no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29:1-2.
34. Mattar R, Aquino MMA, Mesquita MRS. A prática da episiotomia no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29:1-2