



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Episiotomia: da percepção da necessidade às consequências

Catarina Isabel Dias Rosa

Tese para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(ciclo de estudos integrado)

Orientadora: Dra. Mariana Pais de Ramos Panaro

Co-orientador: Prof. Doutor José Martinez de Oliveira

Covilhã, maio de 2014

Agradecimentos

À minha orientadora, Dra. Mariana Pais de Ramos Panaro, pela orientação, disponibilidade e dedicação prestadas.

Ao Prof. Dr. José Martinez de Oliveira, pelo apoio científico prestado e pelo entusiasmo de ir mais além.

À Dr.^a Rosa Saraiva e Dr.^a Luísa Sena, responsáveis pelo Núcleo de Investigação do Centro Hospitalar Cova da Beira, pelo auxílio nos aspetos burocráticos.

Aos funcionários do arquivo e às telefonistas do Centro Hospitalar Cova da Beira, pela simpatia e pela ajuda imensa que me prestaram na recolha dos dados.

À professora Helena Aleluia, pela revisão ortográfica.

Aos meus pais, pelos valores que sempre me inculcaram e pelo apoio que sempre me deram.

Ao meu irmão, pelas gargalhadas que tornaram os meus dias melhores.

À tia Eduarda, pela ajuda nas questões estatísticas.

Ao Zé, por ter estado ao meu lado todo este tempo. Por tudo.

Resumo

Introdução: A episiotomia é uma incisão cirúrgica no períneo que promove o alargamento do orifício vaginal, durante a segunda fase do parto. O procedimento foi introduzido no século XVIII com o intuito de prevenir lacerações perineais. No século XX, começaram a surgir dúvidas sobre a sua eficácia assim como evidência dos riscos a ela associados, tais como dor, edema, infecção, hematoma e dispareunia. Atualmente, não existe consenso no que diz respeito aos fatores que deverão influenciar a tomada de decisão de efetuar ou não episiotomia.

Métodos: Numa primeira fase foi realizado um estudo retrospectivo no qual foram incluídas todas as mulheres submetidas a parto vaginal no CHCB entre 1 de outubro de 2011 e 30 de setembro de 2012, com o objetivo de aferir os motivos que influenciaram os médicos e enfermeiros do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do CHCB a efetuar episiotomia, assim como correlacionar a sua realização com as complicações na saúde da mulher a curto e longo prazo. Concluído o estudo retrospectivo, os resultados foram apresentados, iniciando-se assim o estudo prospectivo, tendo como objetivo averiguar se teria havido mudança de procedimento no que diz respeito à prática da episiotomia, analisando a evolução da sua taxa de uso.

Resultados: No estudo retrospectivo, a amostra final foi de 283 puérperas. A episiotomia foi efetuada em 68,2% das puérperas. No que diz respeito à percepção da necessidade da episiotomia, obtiveram-se resultados estatisticamente significativos que correlacionam a realização da episiotomia com a idade materna inferior a 34 anos ($p=0,002$), primiparidade ($p<0,001$) e parto distócico por via vaginal ($p<0,001$). No que diz respeito a complicações a curto-prazo, obtiveram-se resultados estatisticamente significativos que correlacionam a realização da episiotomia com aumento do risco de hematomas e equimoses ($p<0,001$) e com a diminuição do risco de laceração espontânea ($p<0,001$). No entanto, se considerarmos a episiotomia como uma laceração de 2º grau, obtemos relação estatisticamente significativa entre episiotomia e aumento do risco de laceração associada ($p<0,001$), não se justificando por isso a realização de episiotomia preventiva, mas apenas prévia. Não foram demonstradas correlações estatisticamente significativas entre episiotomia e complicações a longo prazo. Quanto aos fatores de risco de laceração, obtiveram-se resultados estatisticamente significativos para idade materna superior a 34 anos ($p=0,002$), paridade superior a um filho ($p<0,001$) e realização de episiotomia ($p<0,001$).

Conclusão: No CHCB a episiotomia é efetuada, sobretudo, em mulheres com idade inferior a 34 anos, primíparas e com parto distócico por via vaginal. A episiotomia não demonstrou ser protetora da laceração, dado esta ser considerada uma laceração de 2º grau.. Não foram encontradas diferenças significativamente estatísticas entre realização de episiotomia e o risco de complicações a longo prazo para a saúde da mulher. A intervenção realizada entre ambas as fases do estudo não alterou a prática no Serviço.

Palavras-chave

Episiotomia, laceração perineal, hemorragia pós-parto, hematoma/equimose perineal, dor perineal, incontinência urinária, disfunção sexual.

Abstract

Introduction: The episiotomy is a surgical incision on the perineum that promotes the enlargement of the vaginal orifice, during the labor second stage. This procedure was introduced on the XVIII century with the intention of decreasing the perineal lacerations. On the XX century, doubts were raised concerning the procedure effectiveness and evidence of associated risks, such as pain, edema, infection, hematoma and dyspareunia were found. Currently, there is no consensus regarding the factors that should influence the decision to perform or not an episiotomy.

Methods: A retrospective study was performed to include all the women subjected to vaginal childbirth on the CHCB, between the 1st of October of 2011 and the 30th of September of 2012, with the objective of evaluate the service's medical staff reasons behind the decision to perform or not an episiotomy, as well as to correlate short and long term complications to women's health with the performance of an episiotomy. Following the retrospective study, its results were presented to the medical staff and a prospective study was initiated, with the goal to evaluate any changes on the episiotomy's performance by the service's medical staff.

Results: For the retrospective study, the final sample included 283 woman. Episiotomy was performed on 68,2% of all cases. Regarding the decision factors behind the performance of an episiotomy, a statistically significant result was found with age bellow 34 years ($p=0,002$), primiparity ($p<0,001$) and dystocic delivery ($p<0,001$). Regarding short term complications, statistically significant results were found correlating episiotomy with hematomas/ecchymosis ($p<0,001$) and laceration ($p<0,001$). If one takes into account that episiotomy is anatomically a 2nd degree laceration, it is possible to observe a statistically significant relation between episiotomy and laceration risk augmentation ($p<0,001$), therefore not justifying preventive episiotomy as a standard practice but solely when strictly needed. Regarding long term complications, no statistically significant correlations were found. Concerning the risk factors for laceration, a statistically significant result was found with age above 34 years ($p=0,002$), parity above 1 child ($p < 0,001$) and episiotomy ($p<0,001$). There was no statistically significant change on the rate of episiotomy performance between the two studied years.

Conclusion: It was demonstrated that episiotomy is mostly performed on women with ages below 34 years, primiparas and subjected to dystocic delivery. Episiotomy didn't presented protection against laceration, since episiotomy is already a second degree laceration. No statistically significant correlation was found between episiotomy and the risk of long term complications to women's health.

Keywords

Episiotomy, perineal laceration, perineal hemorrhage, perineal hematoma/ecchymosis, perineal pain, urinary incontinence, sexual dysfunction.

Índice

Resumo	v
Palavras-chave	vi
Abstract.....	viii
Keywords	ix
Lista de Figuras.....	xiii
Lista de Tabelas.....	xv
Lista de Acrónimos.....	xvii
1. Introdução	1
1.1. Objetivos.....	4
1.2. Hipóteses de estudo.....	5
2. Material e métodos.....	6
2.1. Análise estatística	7
3. Resultados.....	9
3.1. Análise descritiva	9
3.2. Perceção das necessidades da utilização da episiotomia	13
3.3. Complicações a curto-prazo da utilização da episiotomia	17
3.4. Complicações a longo-prazo da utilização da episiotomia	19
3.5. Fatores de prognóstico de laceração.....	21
3.6. Estudo prospetivo.....	22
4. Discussão	23
4.1. Limitações do estudo	25
4.2. Estudos futuros.....	25
5. Conclusões	27
6. Referências	28
Anexos	32
Anexo I - Questionário de recolha de dados	
Anexo II - King's Health Questionnaire - Versão Portuguesa Oficial	
Anexo III - Questionário de Incapacidade de Roland-Morris	
Anexo IV - Índice de Funcionamento Sexual Feminino	
Anexo V - Questionário entregue no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia CHCB	
Anexo VI - Documento apresentado no serviço de Ginecologia e Obstetrícia CHCB	
Anexo VII - Termo de Consentimento livre e esclarecido	
Anexo VIII - Taxas de episiotomia, segundo The European Perinatal Health Report 2010	

Lista de Figuras

Figura 1 - Tipos de episiotomia	1
Figura 2 - Demonstração esquemática do estudo	4
Figura 3 - Distribuição da idade das puérperas	9
Figura 4 - Distribuição da paridade	10
Figura 5 - Distribuição do tipo de parto	10
Figura 6 - Distribuição da laceração	11
Figura 7 - Diagrama de caixa referente ao questionário FISI	20

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Distribuição do grau de dor	12
Tabela 2 - Relação entre idade da puérpera e realização de episiotomia	13
Tabela 3 - Relação entre paridade e realização de episiotomia	14
Tabela 4 - Relação entre IMC da puérpera e realização de episiotomia	14
Tabela 5 - Relação entre peso do RN e realização de episiotomia	14
Tabela 6 - Relação entre perímetro cefálico do RN e realização de episiotomia	15
Tabela 7 - Relação entre tipo de parto e realização de episiotomia	15
Tabela 8 - Relação entre IMC da puérpera e realização de episiotomia	16
Tabela 9 - Relação entre realização de episiotomia e grau de laceração	17
Tabela 10 - Relação entre realização de episiotomia e grau de laceração	17
Tabela 11 - Relação entre realização de episiotomia e hemorragia pós-parto	18
Tabela 12 - Relação entre realização de episiotomia e hematomas/equimoses	18
Tabela 13 - Relação entre realização de episiotomia e sintomatologia de IU	19
Tabela 14 - Relação entre realização de episiotomia e dor perineal	19
Tabela 15 - Análise univariada e multivariada dos fatores de risco de laceração	21

Lista de Acrónimos

CHCB	Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE
IFSF	Índice de Funcionamento Sexual Feminino
IU	Incontinência Urinária
KHQ	King's Health Questionnaire
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio
PC	Perímetro cefálico
QIRM	Questionário de Incapacidade de Roland Morris
RN	Recém-nascido

1. Introdução

A episiotomia é uma incisão cirúrgica no períneo que promove o alargamento do orifício vaginal, e se usa mais correntemente durante a segunda fase do parto. Atualmente usam-se fundamentalmente dois tipos (o lateral e o medio-lateral), embora estejam descritos sete: mediana, mediana modificada, em forma de “j”, medio-lateral, lateral; lateral radical; anterior. [1]



Figura 1. - Tipos de Episiotomia

1. Mediana; 2. Mediana modificada; 3. Em forma de “j”; 4. Medio-lateral; 5. Lateral; 6. Lateral Radical;

Este procedimento foi introduzido no século XVIII por Fielding Ould para prevenir lacerações perineais severas, porém, somente no início do século XX começou a ser utilizada em maior escala [2]. Em 1983, Thacker e Banta publicam um estudo no qual, para além da inexistência de evidência sobre a eficácia da episiotomia, salientam os frequentes riscos associados ao procedimento: dor, edema, infecção, hematoma e dispareunia [3]. Apesar do pouco impacto que teve na comunidade científica na época, o estudo despertou o interesse de investigadores para esta aparente divergência de opiniões.

Atualmente, o uso da episiotomia para evitar o trauma perineal no parto vaginal permanece controverso [4]. As lacerações são divididas em 4 graus, consoante a profundidade da lesão: 1º grau quando a lesão atinge somente a mucosa vaginal, 2º grau quando a lesão chega ao tecido subcutâneo, 3º grau quando a lesão atinge o músculo do esfínter anal e 4º grau quando a lesão atinge a mucosa retal [48]. Se, por um lado, se demonstra que a episiotomia previne a ocorrência de lacerações espontâneas [5-9], cuja frequência aumenta quando se aplicam políticas de restrição [10], por outro, existem estudos que apontam no sentido contrário, afirmando que a episiotomia para além de não prevenir a laceração, aumenta ainda o seu risco [11-13], resultando numa diminuição da frequência de lacerações quando se

restringe o seu uso [2,14-21]. Tendo em conta o grau de laceração, estudos referem que a restrição do uso de episiotomia parece aumentar a frequência de lacerações perineais de 1º e 2º grau, vaginais, dos pequenos lábios e da uretra, enquanto diminui as lacerações perineais de 3º e 4º grau [22-25]. Raisen S. et al concluíram ainda que a episiotomia protege primíparas, mas não múltiparas, da rutura do esfíncter anal [26].

Bertozzi S. et al e Macleod M. et al encontraram associação entre a episiotomia e a diminuição do risco de desenvolver IU demonstrando que as mulheres submetidas a episiotomia tiveram um período pós-parto com melhor qualidade de vida [27,28]. Existem, no entanto, estudos que concluíram que a episiotomia não protege da IU [19, 29], promove a retenção urinária pós-parto [30] e não está relacionada com a preservação ou promoção da função muscular perineal [31]. Cam C. et al refere não existir diferença significativa no que diz respeito a IU de urgência, IU de frequência ou noctúria entre mulheres que foram e não foram submetidas a episiotomia [32].

Embora a dor perineal afete até 92% das mulheres, a maioria desaparece até 2 meses após o parto [33]. É classificada como latejante (29-58%), retrátil (32-64%), quente (24-46%), ardente (23-46%), cansativa (24-48%), incomodativa (27-54%) [34]. O *Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group* divulgou um estudo demonstrando que tanto a episiotomia mediana como a medio-lateral causam maior dor perineal no pós-parto do que as lacerações espontâneas [35, 36] e que a dor sentida pós-parto é superior quando se realiza episiotomia [35].

Poucos estudos comparativos foram feitos no que diz respeito ao efeito da episiotomia na função sexual. Ejegard H. et al referem que a episiotomia pode afetar a vida sexual da mulher durante o segundo ano pós-parto, devido a dor e a dificuldade na lubrificação vaginal [37], para além de atrasar o recomeço da sua vida sexual [38]. No entanto, Lurie S. et al e Sleep J. et al defendem não haver diferença para a vida sexual da mulher entre a realização ou não de episiotomia [39,40].

A *Classificação das Práticas de Parto Normal*, divulgada pela OMS em 1996, caracteriza o uso liberal ou rotineiro de episiotomia como sendo da categoria D - Práticas frequentemente usadas de modo inadequado. Preconiza ainda que as taxas de episiotomia devem ser inferiores a 10% [41]. No entanto, em Maio de 2013, o segundo relatório do *The European Perinatal Health Report 2010* revelava que Portugal está entre os países europeus que mais recorre a episiotomia (73%), tendo a sua proporção nos restantes países variado entre os 5% na Dinamarca e os 75% no Chipre. [42]. (Ver quadro em anexo VIII).

Atualmente não existe consenso no que diz respeito aos fatores que influenciam a tomada de decisão de efetuar ou não episiotomia [43]. As razões mais frequentemente evocados são primiparidade, parto induzido, parto instrumentado, segunda fase do parto prolongada e uso de epidural [44]. Etnia indiana e idade materna avançada também foram apontados como fatores decisivos [43], bem assim como baixa idade materna, cesariana anterior ou doenças associadas [45]. Quando questionados, num estudo com o objetivo de identificar os critérios adotados para realização de episiotomia, os médicos referiram rigidez

perineal (28,7%), primiparidade (23,7%), feto macrossômico (11,9%) e prematuridade (10,2%) [46]. A episiotomia, assim como qualquer prática médica, deve ser suportada pela evidência e para tal é recomendado a formulação de normas orientadoras de forma a uniformizá-la [47].

1.1. Objetivos

Com este trabalho pretende-se:

- Estimar a prevalência de mulheres que, durante parto vaginal, foram submetidas a episiotomia num centro hospitalar.
- Correlacionar a realização da episiotomia com as complicações imediatas na saúde da mulher: laceração perineal, hemorragia, hematomas/equimoses perineais e dor perineal.
- Correlacionar a realização de episiotomia com as complicações a longo prazo na saúde da mulher: incontinência urinária, disfunção sexual e dor perineal.

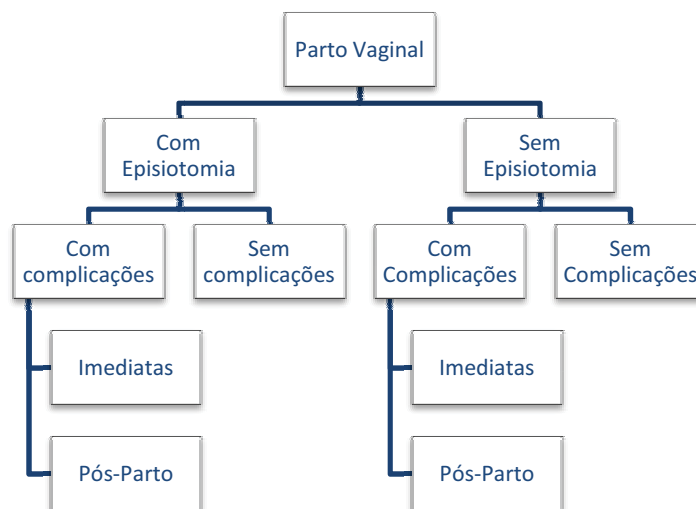


Figura 2. - Demonstração esquemática do estudo

- Aferir os fatores de risco individuais para laceração.
- Identificar os fatores que influenciam os médicos e enfermeiros especialistas do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do CHCB na tomada de decisão da realização da episiotomia.
- Estimar se após a discussão do tema, houve mudança da sua realização, por interiorização, por parte dos médicos e dos enfermeiros especialistas do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do CHCB no que diz respeito à realização da episiotomia,.

1.2. Hipóteses de estudo

H1: A episiotomia aumenta o risco de complicações imediatas na saúde da mulher: laceração perineal, hemorragia, hematomas/equimoses perineais e dor perineal.

H2: A episiotomia aumenta o risco de complicações a longo prazo na saúde da mulher: incontinência urinária, disfunção sexual e dor perineal.

H3: Existem características maternas, do recém nascido e do parto que aumentam o risco laceração.

H4: Existem características maternas, do recém nascido e do parto que influenciam os médicos e enfermeiros especialistas do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia do CHCB na tomada de decisão da realização da episiotomia.

H5: Haverá mudança da consciencialização por parte dos médicos do Serviço de Obstetrícia do CHCB no que diz respeito à realização da episiotomia, após a discussão do tema.

2. Material e métodos

Este estudo foi aprovado pelo Conselho de Administração e pela Comissão de Ética do CHCB, E.P.E. O trabalho decorreu em duas fases, uma inicial retrospectiva e uma posterior prospectiva. Num primeiro tempo, foi realizado um estudo retrospectivo incluindo todas as mulheres submetidas a parto vaginal no CHCB entre 1 de outubro de 2011 e 30 de setembro de 2012, com o objetivo de aferir os motivos que influenciam os médicos e os enfermeiros especialistas a realizar a episiotomia assim como correlacionar a sua realização com as complicações a curto e a longo prazo na saúde da mulher.

Para a realização do estudo foi obtida a lista, a partir do Registo de partos do Setor de Obstetrícia do CHCB, de todas as mulheres que tiveram parto vaginal no referido período. Os critérios de inclusão foram: parto vaginal, tempo de gestação entre a 37 e 42 semanas, feto único em apresentação cefálica. Os critérios de exclusão foram: morte intrauterina, gravidez múltipla, cirurgia pélvica prévia.

Foi efetuada consulta dos processos clínicos quer dos suportados em papel guardados no Serviço de Arquivos do CHCB, quer dos eletrónicos do SAM - Sistema de Apoio Médico. Desta forma, obtiveram-se os seguintes dados:

- Características maternas: idade, paridade, IMC;
- Características do recém-nascido: peso, perímetro cefálico;
- Características do parto: distócico por via vaginal, eutócico, induzido ou não, realização de episiotomia;
- Complicações Imediatas do parto: laceração perineal, hemorragia, hematoma/ equimose perineal, dor perineal.

Cerca de 6 meses após o parto, as participantes foram contactadas telefonicamente para obtenção de dados relativos a complicações a longo prazo do parto. Com esse objectivo foram aplicados questionários, previamente validados para Portugal, para o estudo de incontinência urinária, dor perineal e disfunção sexual, respetivamente:

- Versão Portuguesa Oficial do King's Health Questionnaire - KHQ (Anexo I)
- Questionário de Incapacidade de Roland Morris - QIRM (Anexo II)
- Índice de Funcionamento Sexual Feminino - IFSF (Anexo III)

O *King's Health Questionnaire* tem como objetivo medir o impacto da incontinência urinária no estado de saúde e qualidade de vida, utilizando uma pontuação da gravidade dos sintomas urinários de 11 itens, pontuável de melhor (0) a pior (33). O questionário

Incapacidade de Roland Morris foi desenvolvido com o objetivo de medir a incapacidade física em forma de autorrelato, tendo em vista as atividades da vida diária. Tem 24 itens, com escala pontuável de nenhuma incapacidade (0) a incapacidade grave (24). O *Índice de Funcionamento Sexual Feminino* é um instrumento multidimensional que avalia as diversas fases associadas ao ciclo de resposta sexual em mulheres, nomeadamente, desejo, excitação subjetiva, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor. Tem, portanto, 6 itens pontuáveis de pior (2) a melhor (36) funcionamento sexual feminino.

Concluído o estudo retrospectivo, foram os resultados apresentados aos médicos e enfermeiros do Serviço de Obstetrícia e Ginecologia, em outubro de 2012. Com esta sessão se iniciou a vertente prospetiva do trabalho, utilizando a mesma metodologia da vertente retrospectiva, tendo como objetivo averiguar se haveria mudança de consciencialização no que diz respeito à prática da episiotomia, analisando a evolução da sua taxa de uso. Foi entregue também um questionário aos mesmos médicos tentando aferir quais os factores que os influenciam na tomada de decisão da realização da episiotomia.

A dissertação foi escrita com base no novo acordo ortográfico.

2.1. Análise estatística

Os dados recolhidos foram organizados e incluídos numa base de dados elaborada no programa *SPSS Statistics 19.0*®, tendo sido posteriormente analisados e apresentados sob a forma de texto, de tabelas e gráficos.

As variáveis foram tratadas como quantitativas discretas (paridade), categóricas ordinais (idade, IMC, peso do recém-nascido, perímetro cefálico do recém-nascido, hemorragia e dor) e categóricas nominais (distocia do parto, realização de indução, realização de episiotomia, hematomas/equimose perineal). Note-se que as variáveis idade, IMC, peso do recém-nascido, perímetro cefálico do recém-nascido foram convertidas em variáveis categóricas, de forma a tornar a análise dos dados mais robusta. As variáveis hemorragia, dor, distocia do parto, realização de indução, realização de anestesia, realização de episiotomia, hematomas/equimose perineal já se encontravam agrupadas em categorias no processo clínico.

A comparação de proporções foi efetuada através do teste de χ^2 de Pearson (com a correção de Yates para a continuidade) e através do Teste Exato de Fisher. Procedeu-se ao agrupamento de variáveis. A realização dos testes do χ^2 está de acordo com as regras de Cochran [49], assim os dados são expostos em tabelas de 2x2 e se o número total de casos da tabela for igual ou superior a 40, pode utilizar-se quer o χ^2 de Pearson (preferencialmente com correção de Yates). Foram criadas tabelas de $K \times I$ em que pelo menos 80% das frequências esperadas para as células da tabela têm que ser iguais ou superiores a 5 e nenhuma pode ser igual ou inferior a 1.

Para análise das variáveis quantitativas foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

A estimativa dos OR e respetivos intervalos de confiança a 95% foram obtidos através de um modelo de regressão logística. Todos os testes utilizados foram bilaterais e valores de prova inferiores a 0,05 foram considerados como indicando significância estatística.

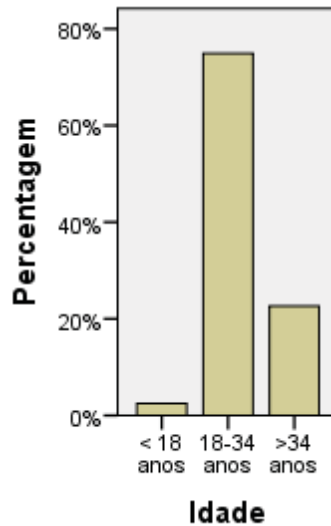
Depois da análise univariada entre a variável dependente e independentes, foi realizada uma análise multivariada somente com as variáveis que demonstraram ser estatisticamente significativas na análise univariada. A análise multivariada é realizada para aferir a influência das diversas variáveis independentes, com o objectivo de entender os seus impactos individuais, controladas as influências das demais variáveis. Assim, aferimos qual das variáveis tem maior impacto em relação às restantes.

3. Resultados

3.1. Análise descritiva

Entre 1 de outubro de 2011 e 30 de setembro de 2012, foram realizados 372 partos vaginais no Serviço de Obstetrícia do CHCB. Destes, 48 foram excluídos pelo facto dos processos não estarem acessíveis. Dos restantes, 41 não fizeram parte do estudo por apresentarem critérios de exclusão ou por não satisfazerem os critérios de inclusão. A amostra final foi, assim, de 283 puérperas.

Relativamente às características maternas, a idade das participantes variou entre os 16 e os 39 anos, sendo que a grande maioria (74,9%) enquadra-se na categoria dos 18-34 anos, ficando as restantes distribuídas nas categorias < 18 anos (2,5%) e >34 anos (22,6%).



Figuras 3. - Distribuição da idade das puérperas

A maioria das mulheres era primípara (55,5%), estando as restantes distribuídas pelas categorias com 1 filho (33,9%), 2 filhos (6,7%) e 3 ou mais filhos (3,9%).

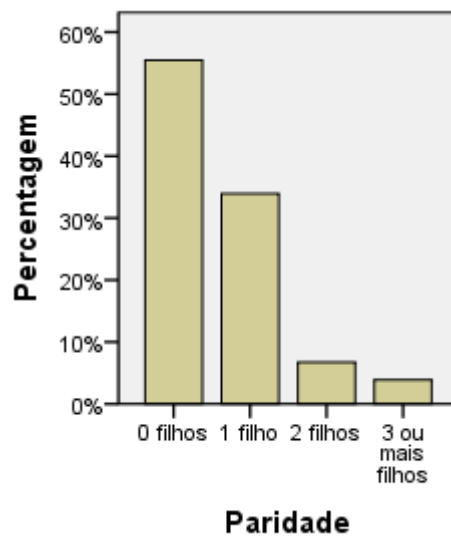


Figura 4. - Distribuição da paridade

A maioria das mulheres apresentava um IMC entre 18,5-25 (85,9%), sendo que as restantes estão divididas nas categorias de IMC <18,5 (0,7%) e IMC >25 (13,4%).

Relativamente às características do recém nascido, e no que diz respeito ao peso à nascença, a grande maioria dos recém-nascidos estava na categoria entre 2500-3900g (94%), sendo os restantes distribuídos entre < 2500g (4,2%) e > 3900g (1,8%). Quanto ao perímetro cefálico, a maioria dos recém nascidos encontra-se na categoria entre 32-35 cm (212 77,1%), estando os restantes distribuídos entre < 32 cm (6,9%) e os > 35 cm (16%), havendo 8 dados omissos.

No que diz respeito às características do parto, a grande maioria foi eutócico (79,8%), sendo que os restantes partos foram realizados com fórceps (1,8%) ou com ventosa (18,4%).

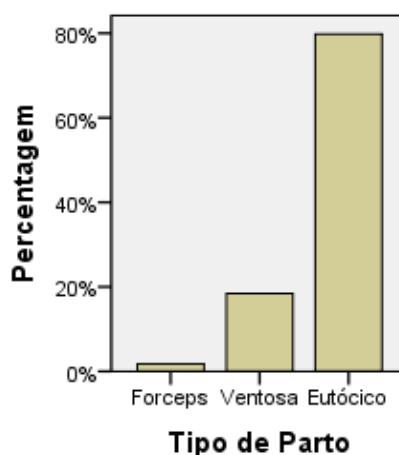


Figura 5. - Distribuição do tipo de parto

Em relação à realização de indução, a distribuição é praticamente equitativa, tendo sido realizada indução em 143 partos (50,5%).

A episiotomia foi realizada em 68,2% dos partos.

Quanto às consequências do parto, no que diz respeito a lacerações perineais, a maior parte das mulheres não sofreu laceração (71,2%), estando as restantes distribuídas pelas categorias laceração de 1º grau (21,4%), laceração de 2º grau (4,6%), laceração de 3º grau (2,1%), laceração de 4º grau (0,7%), havendo 2 dados omissos.

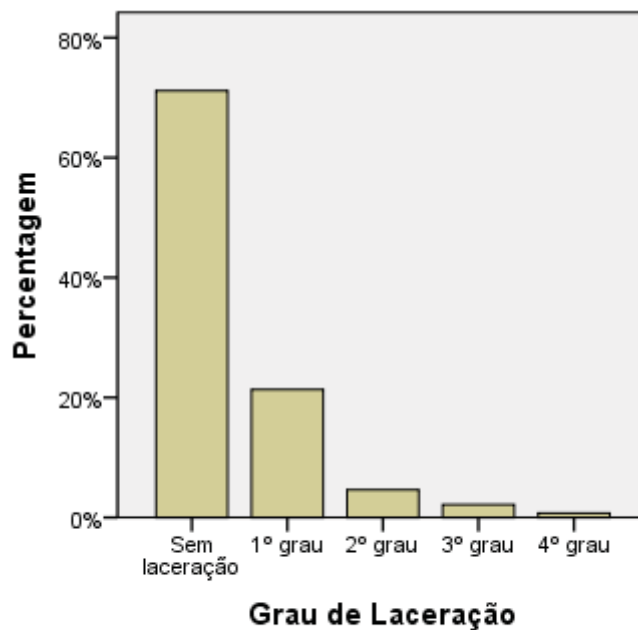


Figura 6. - Distribuição do grau de laceração

Quando se divide a população nos grupos com e sem episiotomia, temos diferentes distribuições do grau de laceração. No grupo das mulheres submetidas a episiotomia, a distribuição é de 86,9% puérperas sem laceração associada, 8,4% com laceração de 1º grau, 2,6% com laceração de 2º grau, 2,1% com laceração de 3º grau, não tendo havido laceração de 4º grau. No grupo das mulheres não submetidas a episiotomia, a distribuição é de 37,8% puérperas sem laceração, 48,9% com laceração de 1º grau, 8,9% com laceração de 2º grau, 2,2% com laceração de 3º grau e 2,2% de laceração de 4º grau.

Na maioria dos partos houve menos de 250 mL de perda sanguínea (76,9%), seguidos de aproximadamente 250 mL (22,3%) e > 250 mL (0,8%), havendo 27 casos com dados omissos. Ocorreram hematomas/equimoses em 55 partos (19,6%), havendo 3 casos com dados omissos. No que diz respeito à dor perineal durante o internamento, esta varia entre 0 e 8, distribuindo-se da seguinte forma (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição do grau de dor

Grau de dor	Frequência (n)	Porcentagem (%)
0	135	64,3
1	3	1,4
2	23	11,0
3	15	7,1
4	16	7,6
5	14	6,7
6	2	1,0
7	1	0,5
8	1	0,5
9	0	0
10	0	0

Para este dado houve 73 dados omissos.

3.2. Perceção das necessidades da utilização da episiotomia

De acordo com o resultado dos questionários entregues aos médicos do Serviço, o critério “feto macrossómico” foi o mais mencionado, seguido de “eminência de rutura”. A totalidade dos médicos inquiridos admite não efetuar episiotomia por rotina. Questionados sobre a estimativa da percentagem de episiotomia que realizam, as respostas variaram entre 30-90%, sendo que a maioria admite efetuar o procedimento em 50-70% dos casos. Questionados sobre a sua opinião em relação à necessidade de episiotomia, a maioria concorda que deverá haver critérios para a efetuar, tendo sido obtidos as seguintes respostas “Sou a favor da não realização de episiotomia por rotina, sendo esta indicada apenas quando estritamente necessária”, “Acredito que deveria ser obrigatório um documento em que o médico/enfermeiro deveria explicar o motivo pelo qual fez episiotomia, como é já feito em vários países”, “Na minha experiência clínica, penso ser preferível realizar episiotomia quando se prevê dificuldade na expulsão ou elevado risco de laceração grave”, “Observo neste serviço condutas e protocolos que levam a intervenções que desrespeitam o processo de humanização do parto” e “Acredito na individualização de condutas. Não concordo com o fazer sempre e não concordo com o nunca fazer”.

Para aferir os fatores que efetivamente influenciam a realização da Episiotomia, foi realizada uma análise estatística da casuística do referido Serviço, com os resultados seguintes.

Para o fator idade, as categorias <18 anos e 18-34 anos foram agrupadas devido ao número reduzido de elementos nestas categorias para conferir maior fiabilidade aos resultados do teste (regras de Cochran), tendo sido construída a seguinte tabela de dupla entrada:

Tabela 2. Relação entre idade da puérpera e realização de episiotomia

		< 34 anos	≥34 anos
Sem episiotomia	Frequência	59	31
	Percentagem	26,9%	48,4%
Com episiotomia	Frequência	160	33
	Percentagem	73,1%	51,6%

O teste do χ^2 de independência (com correção de Yates) mostrou haver uma associação significativa entre prática de episiotomia e idade materna $\chi^2(1,n=283)=9.58$, $p=0.002$. As parturientes com menos de 34 anos foram mais sujeitas a episiotomia (73.1% versus 51.6%)

Para o fator paridade, as categorias 2 filhos e 3 ou mais filhos foram agrupadas devido ao número reduzido de elementos nestas categorias para conferir maior fiabilidade aos resultados do teste (regras de Cochran), tendo sido construída a seguinte tabela de dupla entrada:

Tabela 3. Relação entre paridade e realização de episiotomia

		0 filhos	1 filho	≥2 filhos
Sem episiotomia	Frequência	26	41	23
	Percentagem	16,6%	42,7%	76,6%
Com episiotomia	Frequência	131	55	7
	Percentagem	83,4%	57,3%	23,3%

O teste do χ^2 de independência (com correção de Yates) mostrou haver uma associação significativa entre prática de episiotomia e paridade. $\chi^2(1,n=283)=49,23$, $p<0.001$. As parturientes primíparas foram mais sujeitas a episiotomia (83,4.1% versus 57.3% para um filho e 23,3% para dois filhos ou mais).

Para o fator IMC foi construída a seguinte tabela de dupla entrada:

Tabela 4. Relação entre IMC da puerpera e realização de episiotomia

		<18,5	18,5-25	>25
Sem episiotomia	Frequência	2	73	13
	Percentagem	100%	30,7%	35,1%
Com episiotomia	Frequência	0	165	24
	Percentagem	0%	69,3%	64,9%

O teste do χ^2 de independência (com correção de Yates) mostrou não existir uma associação significativa entre prática de episiotomia e IMC. $\chi^2(1,n=283)=4,62$, $p=0,10$.

Para o fator peso do recém-nascido foi construída a seguinte tabela de dupla entrada:

Tabela 5. Relação entre peso do RN e realização de episiotomia

		<2500g	2500-3900g	>3900g
Sem episiotomia	Frequência	2	88	0
	Percentagem	16,7%	33,1%	0%
Com episiotomia	Frequência	10	178	5
	Percentagem	3,5%	62,9%	1,8%

O teste do χ^2 de independência (com correção de Yates) mostrou não existir uma associação significativa entre prática de episiotomia e peso do recém-nascido. $\chi^2(1,n=283)=3,80$, $p=0,15$.

Para o fator perímetro cefálico do recém-nascido foi construída a seguinte tabela de dupla entrada:

Tabela 6. Relação entre perímetro cefálico do RN e realização de episiotomia

		<32 cm	32-35 cm	>35 cm
Sem episiotomia	Frequência	5	74	10
	Percentagem	26,3%	34,9%	22,7%
Com episiotomia	Frequência	14	138	34
	Percentagem	73,7%	65,1%	77,3%

O teste do χ^2 de independência (com correção de Yates) mostrou não existir uma associação significativa entre prática de episiotomia e perímetro cefálico. $\chi^2(1,n=283)=2,80$, $p=0,245$.

Para o fator tipo de parto, as categorias Fórceps e Ventosa foram agrupadas devido ao número reduzido de elementos nestas categorias para conferir maior fiabilidade aos resultados dos testes (regras de Cochran), tendo sido construída a seguinte tabela de dupla entrada:

Tabela 7. Relação entre tipo de parto e realização de episiotomia

		eutócico	distócico
Sem episiotomia	Frequência	85	4
	Percentagem	37,8%	7,0%
Com episiotomia	Frequência	140	53
	Percentagem	62,2%	93%

O teste do χ^2 de independência (com correção de Yates) mostrou haver uma associação significativa entre prática de episiotomia e o tipo de parto. $\chi^2(1,n=283)=18,52$ $p<0,001$. Assim, as mulheres com parto distócico vaginal foram submetidas com maior frequência a episiotomia (93% versus 62,2%).

Para o fator indução, foi construída a seguinte tabela de duas entradas:

Tabela 8. Relação entre indução e realização de episiotomia

		Sem indução	Com indução
Sem episiotomia	Frequência	51	39
	Percentagem	35,7%	27,9%
Com episiotomia	Frequência	92	101
	Percentagem	64,3%	72,1%

O teste do χ^2 de independência (com correção de Yates) mostrou não existir uma associação significativa entre prática de episiotomia e indução $\chi^2(1, n=283)=1,644$ $p=0,20$.

3.3. Complicações a curto-prazo da utilização da episiotomia

No que diz respeito à laceração perineal, as categorias laceração de 1º e 2º grau foram agrupadas assim como as categorias de 3º e 4º grau, devido ao número reduzido de elementos nestas categorias para conferir maior fiabilidade aos resultados do teste (regras de Cochran), tendo sido construída a seguinte tabela de dupla entrada:

Tabela 9. Relação entre realização de episiotomia e grau de laceração

		Sem laceração	laceração de 1º e 2º grau	laceração de 3º e 4º grau
Sem episiotomia	Frequência	34	52	4
	Percentagem	17%	71,2%	50%
Com episiotomia	Frequência	166	21	4
	Percentagem	83%	28,8%	50%

O teste do χ^2 de independência (com correção de Yates) mostrou haver uma associação significativa entre prática de episiotomia e a diminuição do risco de laceração espontânea. $\chi^2(1,n=283)=73,47$ $p<0,001$; 83% das mulheres que não apresentaram laceração espontânea tinham sido submetidas a episiotomia.

De notar que este levantamento não tem em conta que a episiotomia pode ser definida anatomicamente como laceração de segundo grau dado atingir a mucosa vaginal e/ou pele e tecidos subcutâneos [48]. Tendo em conta esta informação, os dados agrupam-se da seguinte forma:

Tabela 10. Relação entre realização de episiotomia (considerada 2º grau) e grau de laceração

		Sem laceração	laceração de 1º e 2º grau	laceração de 3º e 4º grau
Sem episiotomia	Frequência	34	52	4
	Percentagem	100%	21,8%	50%
Com episiotomia	Frequência	0	187	4
	Percentagem	0%	78,2%	50%

O teste do χ^2 de independência (com correção de Yates) mostrou haver uma associação significativa entre prática de episiotomia e o aumento do risco de laceração $\chi^2(1,n=283)=84,92$ $p<0,001$;

Em relação à hemorragia pós-parto, foi construída a seguinte tabela de dupla entrada:

Tabela 11. Relação entre realização de episiotomia e hemorragia pós-parto

		<250 mL	+/- 250 mL	>250 ml
Sem episiotomia	Frequência	71	13	0
	Porcentagem	35,5%	22,4%	0%
Com episiotomia	Frequência	129	45	2
	Porcentagem	64,5%	77,6%	100%

O teste do χ^2 de independência (com correção de Yates) mostrou não existir uma associação significativa entre prática de episiotomia e o risco de hemorragia pós-parto. $\chi^2(1,n=283)=4,48$, $p=0,11$.

No que diz respeito aos hematomas/ equimoses perineais, foi construída a seguinte tabela de dupla entrada:

Tabela 12. Relação entre realização de episiotomia e hematomas/equimoses

		Sem hematomas/ equimoses	Com hematoma/ equimose
Sem episiotomia	Frequência	82	5
	Porcentagem	36,4%	9,1%
Com episiotomia	Frequência	143	50
	Porcentagem	63,6%	90,9%

O teste do χ^2 de independência (com correção de Yates) mostrou haver uma associação significativa entre prática de episiotomia e o aumento do risco de hematomas/equimoses. $\chi^2(1,n=283)=14,18$, $p<0,001$. 63,6% das mulheres que não apresentaram hematomas nem equimoses foram submetidas a episiotomia.

No que se refere à dor perineal, as variáveis foram agrupadas nas categorias com dor perineal e sem dor perineal devido ao número reduzido de elementos nestas categorias para conferir maior fiabilidade aos resultados do teste (regras de Cochran). Através do teste Mann-Whitney obteve-se um *p-value* de 0,19. Desta forma podemos constatar que, nesta população, não existe associação significativa entre realização de episiotomia e dor perineal.

3.4. Complicações a longo-prazo da utilização da episiotomia

No que diz respeito a incontinência urinária, os resultados ficaram pouco distribuídos pela escala, obtendo-se mediana de 0, com mínimo de 0, máximo de 14, média de 0,65 e desvio padrão de 2,1 (n=170). Assim os resultados foram agrupados na categoria “com sintomatologia de incontinência urinária” e “sem sintomatologia de incontinência urinária”, de forma a conferir maior fiabilidade aos resultados.

Foi construída a seguinte tabela de dupla entrada:

Tabela 13. Relação entre realização de episiotomia e sintomatologia de IU

		Com sintomatologia de IU	Sem sintomatologia de IU
Sem episiotomia	Frequência	47	6
	Percentagem	31,8%	27,3%
Com episiotomia	Frequência	101	16
	Percentagem	68,2%	72,7%

O teste do χ^2 de independência (com correção de Yates) mostrou não existir uma associação significativa entre prática de episiotomia e o risco de incontinência urinária. $\chi^2(1,n=170)=0,03$, $p=0,86$.

No que diz respeito à dor perineal, os resultados ficaram pouco distribuídos pela escala tendo-se obtido mediana igual a 0, com mínimo de 0 e máximo de 18, média igual a 0,81 e desvio padrão de 3,02 (n=170). Os resultados foram agrupados em duas categorias - Com dor perineal e Sem dor perineal - de forma a obter resultados estatísticos com mais fiabilidade.

Obteve-se a seguinte tabela de dupla entrada:

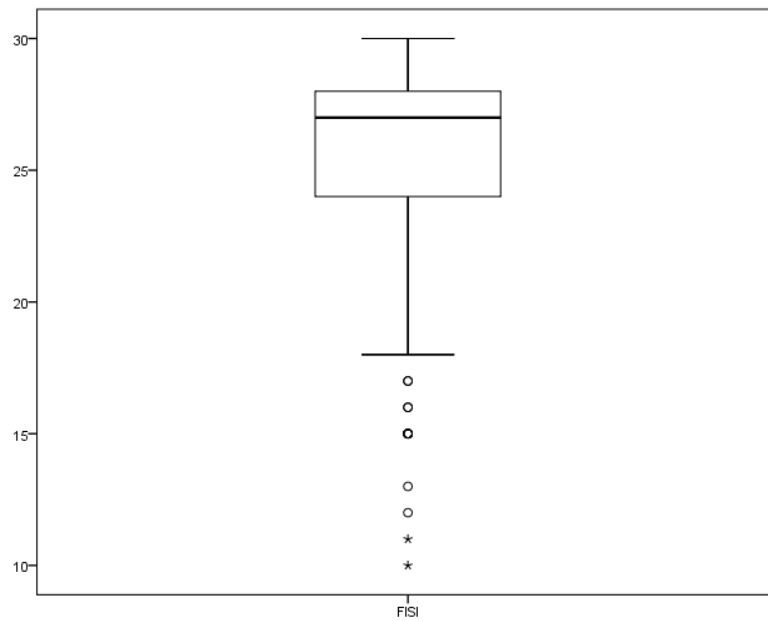
Tabela 14. Relação entre realização de episiotomia e dor perineal

		Com dor perineal	Sem dor perineal
Sem episiotomia	Frequência	48	4
	Percentagem	31,4%	23,5%
Com episiotomia	Frequência	105	13
	Percentagem	68,6%	76,5%

O teste do χ^2 de independência (com correção de Yates) mostrou não existir uma associação significativa entre prática de episiotomia e o risco de dor perineal. $\chi^2(1, n=170)=0,15$, $p=0,69$.

No que diz respeito à disfunção sexual, a estatística descritiva dos questionários resultou numa mediana de 27, com mínimo de 10 e máximo de 30, média de 25,29 e desvio padrão de 4,17 ($n=168$). Obteve-se o seguinte diagrama de caixa:

Figura 7. Diagrama de caixa referente ao questionário FISI



Através do teste Mann-Whitney obteve-se um p -value de 0,09, de onde se conclui que não existe associação significativa entre realização de episiotomia e disfunção sexual.

3.5. Fatores de prognóstico de laceração

A principal indicação para a realização de episiotomia é a prevenção de laceração espontânea. Por esse motivo é essencial aferir a existência de fatores de risco significativos, para além da episiotomia, determinantes na laceração. Assim sendo, avaliou-se a relação entre a laceração (que foi tratada como variável dependente) e as restantes variáveis independentes que poderiam influenciar o risco de laceração. O resultado encontra-se no seguinte quadro, no qual apenas se apresentam as variáveis com significância na correlação com a laceração, assim como os OR estimados pela análise de regressão múltipla logística.

Tabela 15. Análise univariada e multivariada dos fatores de risco de laceração

Variável Preditora	Univariada		Multivariada	
	OR (95% IC)	P	OR (95% IC)	P
Idade				
<34 anos	1		1	
≥34 anos	2.49 (1.39-4.47)	0.002	1.94 (0.95-3.99)	0.07
Paridade				
0 filhos	1		1	
1 filho	3.11 (1.76-5.48)	<.001	1.84 (0.92-3.70)	0.08
≥2 filhos	2.08 (0.88-4.91)	0.09	0.46 (0.16-1.35)	0.16
Episiotomia				
Fez	1		1	
Não fez	10.94 (6.01-19.90)	<0.001	16,22 (7.49-35.10)	<0.001

As variáveis idade, paridade e episiotomia apresentam associação significativa com a laceração quando efetuada a análise univariada. Somente a episiotomia apresenta uma associação significativa com a laceração na análise multivariada, revelando assim que esta é a variável com maior influência na laceração. Observou-se que as parturientes que não fizeram episiotomia apresentam um risco aumentado de aproximadamente 16 vezes de ter laceração espontânea em relação às parturientes que não foram sujeitas a episiotomia. Não podemos, no entanto, esquecer-nos de que, como mencionado anteriormente, a própria episiotomia é considerada anatomicamente uma laceração de segundo grau.

3.6. Estudo prospetivo

No dia 21 de Outubro de 2012, finda a recolha de dados do estudo retrospectivo, foi feita uma sessão de esclarecimento no serviço de Ginecologia e Obstetrícia do CHCB intitulada “Episiotomia - Ponto da situação no CHCB”, na qual foram demonstrados os dados preliminares do estudo, (Anexo VI).

Após a sessão iniciou-se o estudo prospetivo que incluiu todas as mulheres submetidas a parto vaginal no CHCB entre 1 de novembro de 2012 e 31 de outubro de 2013.

Sendo a taxa de episiotomia durante os 12 meses do estudo prospetivo de 65,7%, apesar de o valor ser inferior ao do ano anterior (68,2%), não há diferença significativamente estatística ($p=0,495$).

4. Discussão

A população estudada tem características semelhantes à dos estudos consultados. A idade variou entre 16-39 anos, o que está coerente com Zafran N. et al [10], sendo que 74,9% das participantes tiveram idades compreendidas entre os 18-74 anos, o que também está coerente com os estudos consultados [8,26]. Tal como verificado em Revicky V. et al e de Chang S. et al [8, 29], maioria das participantes era primípara (55,5%), sendo que noutros estudos as taxas de primiparidade eram bastante superiores [5,6] e inferiores [10,27]. No que respeita ao IMC, 85,9% das participantes teve um IMC normal (18,5-25), o que está concordante com Raisen S. et al e Bertozzi S. et al [27, 26]. Em relação ao peso do recém-nascido, a grande maioria apresentava peso compreendido entre 2500g-3900g, o que vai ao encontro da maioria dos estudos consultados [5, 6, 8, 28, 39]. No que diz respeito ao perímetro cefálico, 77,1% dos recém-nascidos apresentava o perímetro cefálico entre 32-35 cm, o que está coerente com as médias encontradas em Macleod M. et al e Rodriguez A. et al [12, 25], cujos valores variavam entre 33-35 cm. No que diz respeito ao tipo de parto, a maior parte (79,8%) foi eutócico, o que é coerente com outros estudos consultados [8, 10, 12, 26]. A indução foi realizada em aproximadamente 50% das participantes, valor este superior ao encontrado em todos os estudos consultados. A episiotomia foi realizada em 68,2% das participantes, no entanto, embora este valor seja coincidente com Raisen S. et al e Bertozzi S. et al [26, 27], é bastante superior à taxa encontrada na maioria dos estudos consultados [8, 10, 29].

No que diz respeito à percepção da necessidade, a presença de feto macrossómico e eminência de rutura são principais motivos assinalados pelos médicos do Serviço. A totalidade dos médicos inquiridos admite não efetuar episiotomia por rotina. No presente estudo, verificou-se que a idade das participantes apresenta associação significativa com a realização da episiotomia ($p=0,002$), sendo que as participantes com idade inferior a 34 anos foram submetidas mais frequentemente a episiotomia (73,1% vs 51,6%), o que está coerente com Carvalho C. [45]. Este autor verificou ainda que a paridade é também um fator que influencia a realização da episiotomia, o que também coincide com este trabalho ($p<0,001$). A episiotomia foi realizada em 83,4% das primíparas, taxa bastante superior à taxa de episiotomia das múltiparas (49,2%), resultado este concordante noutros estudos [45, 46]. O tipo de parto teve também impacto da tomada de decisão da realização de episiotomia. Há, com efeito, associação significativa ($p<0,001$) entre parto distócico e a realização de episiotomia, sendo a episiotomia realizada em 93% das participantes com parto distócico e somente realizada em 62,2% das participantes com parto eutócico. Não foram no entanto encontrados estudos que verificassem a tendência da realização da episiotomia com o tipo de parto. Não foi demonstrada associação significativa entre realização de episiotomia e outros fatores como IMC, peso do recém-nascido, perímetro cefálico do recém-nascido e indução.

No que diz respeito às complicações a curto prazo do parto, foi encontrada associação significativa ($p < 0,001$) entre a episiotomia e diminuição de risco de laceração perineal espontânea, sendo que 83% das mulheres que não apresentaram laceração espontânea tinham sido submetidas a episiotomia, o que está coerente com a maioria dos estudos consultados [5, 6, 8, 9,10]. No entanto, tendo em conta que a episiotomia é anatomicamente uma laceração de 2º grau [48], a episiotomia está associada de forma estatisticamente significativa ($p < 0,01$) com o aumento risco de laceração. Logo não se justifica efectuar episiotomia preventiva, mas sim somente quando houver indicação para tal (isto é, episiotomia prévia). Só assim poderemos evitar a iatrogenia de submeter mulher a uma laceração de segundo grau sem qualquer benefício. Relativamente aos hematomas/equimoses, foi também encontrada associação significativa ($p < 0,001$) com a realização de episiotomia, sendo que 63,6% das mulheres que não apresentavam hemorragias ou equimoses tinham sido submetidas a episiotomia. Não foram encontrados estudos que demonstrassem a tendência de existência hematomas/equimoses com a realização da episiotomia. Não foi encontrada associação significativa entre episiotomia e hemorragia pós-parto. No entanto, esta medição é feita de forma pouco rigorosa, de forma apenas visual e nunca objetivada pela verdadeira medição da quantidade de sangue perdido. Macleod M. Et al demonstrou, no entanto, associação significativa entre realização de episiotomia e hemorragia pós-parto [12]. Não foi encontrada, também, associação significativa entre episiotomia e dor perineal durante o internamento nesta população, não havendo outros estudos relativamente a esta variável.

Não se verificou associação significativa entre a realização de episiotomia e o aparecimento de sintomatologia de incontinência urinária. Todavia, Bertozzi S. et al e Macleod M. et al demonstram que a realização de episiotomia protege a instalação de incontinência urinária [27, 28]. Chang S. et al demonstrou o contrário, o que poderá ser explicado pelo facto de ter aplicado outro questionário (ICIQ-UI) [29]. Relativamente à dor perineal não foi verificada associação significativa entre realização de Episiotomia e persistência de dor perineal passados 6 meses. O *Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group* referiu ausência de dor 3 meses após o parto [35]. Não se comprovou associação significativamente estatística ($p = 0,09$) na relação entre a função sexual e a realização de episiotomia. No entanto McDonald E. et al demonstrou que as mulheres submetidas a episiotomia tendem a adiar mais o retorno à sua vida sexual [38].

A principal indicação para a realização de episiotomia é a prevenção de laceração espontânea. Foi por isso estudada a relação entre a laceração e as variáveis que poderiam aumentar o seu risco. De todas as variáveis estudadas, apenas idade, paridade e episiotomia tiveram associação significativa com a laceração na análise univariada. No que diz respeito à idade, foi encontrada associação significativa ($p = 0,002$) com laceração espontânea, com um risco aproximadamente 2,5 vezes maior de laceração quando a idade materna é superior a 34 anos. No que diz respeito à paridade, foi encontrada associação significativa ($p < 0,001$) com laceração, com risco cerca de 3 vezes maior de laceração quando a participante já teve um filho, comparativamente a primíparas. No que concerne à episiotomia, foi encontrada

associação significativa ($p < 0,001$) com o aumento do risco de laceração, tendo-se encontrado um risco cerca de 10 vezes menor de laceração quando a participante era submetida a episiotomia. Quando se fez análise multivariada, somente a episiotomia apresentou associação significativa ($p < 0,001$), diminuindo o risco de laceração em cerca de 16 vezes. A episiotomia é portanto o factor de risco mais importante para a laceração espontânea, prevalecendo sobre a idade e a partidade. Não podemos esquecer novamente que a episiotomia pode ser considerada uma laceração de 2º grau [48].

4.1. Limitações do estudo

Uma das primeiras limitações deste estudo foi a falta de acesso a alguns processos pois, como o registo de partos é manual, alguns processo tinham identificação incorrecta. No que diz respeito à consulta de processos, os registos encontravam-se muitas vezes incompletos ou inexistentes. Um dos exemplos com mais impacto é no próprio registo da realização da episiotomia onde só se regista o grau de uma laceração quando, como é sabido, há numerosos casos onde há mais de uma laceração na mesma mulher. Além disso, falta uma uniformização sobre a definição dos graus de laceração, não sendo a episiotomia registada como uma laceração. Outro exemplo é a quantificação da hemorragia pós-parto, que é feita de forma apenas visual, não havendo por isso precisão neste dado. O registo da dor por parte dos enfermeiros também apresentava algumas lacunas, não estando esta registada em 73 processos. Tendo em conta as limitações encontradas na presente dissertação, seria relevante melhorar os registos dos serviços, de forma a facilitar e até conferir maior fiabilidade à colheita de dados para futuras investigações. Conviria também ter estes registos normalizados, quanto à classificação e ao sistema de registo.

Outra limitação poderá ter sido o curto seguimento das mulheres no estudo prospetivo. As complicações a longo prazo poderão só manifestar-se anos após a realização do parto.

4.2. Estudos futuros

Tendo em conta a divergência de conclusões encontradas no estado da arte, seria relevante a formulação de novos estudos dentro desta temática, tais como:

- Estudo prospetivo com um seguimento mais longo das participantes, com o objectivo de estudar as complicações a longo prazo da episiotomia;
- Estudo retrospectivo que incluísse mulheres com incontinência urinária, incontinência fecal, dor perineal, disfunção sexual, com o objectivo de saber

quais os procedimentos obstétricos a que teriam sido submetidas (nomeadamente realização de episiotomia);

- Estudo a nível nacional, com o objectivo de estabelecer quais as principais indicações que levam os médicos a efectuar a episiotomia;

5. Conclusões

Este estudo fornece informações importantes sobre os motivos que levam os médicos do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do CHCB à realização da episiotomia. A taxa de episiotomia foi de 68,2%, sendo esta efetuada, sobretudo, em mulheres com idade inferior a 34 anos, primíparas e submetidas a parto distócico vaginal. No decorrer do estudo prospetivo, a taxa de episiotomia foi de 65,7%. Contudo, não se pode considerar que tenha havido diferença estatisticamente significativa entre os dois anos.

O estudo forneceu ainda informações sobre as consequências da realização da episiotomia. Embora não haja consenso sobre os riscos da prática da episiotomia, na população estudada, chegou-se à conclusão que a sua prática previne a laceração espontânea. No entanto, a episiotomia é anatomicamente definida como uma laceração de 2º grau. Logo não se justifica efectuar episiotomia de forma meramente preventiva, mas sim somente quando houver indicação para tal. Foi demonstrado que a episiotomia aumenta o risco de hematomas/equimoses perineais, não tendo sido demonstradas diferenças significativas no que diz respeito às demais consequências a curto prazo. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no risco de complicações a longo prazo para a saúde da mulher.

Assim sendo e como alguns médicos do serviço mencionaram, este procedimento deveria ser realizado apenas sob determinadas condições. Seria, de facto, de extrema importância que a episiotomia, assim como qualquer prática médica, fosse suportada pela evidência e para tal é recomendado a formulação de normas orientadoras.

Este estudo identificou os motivos pelos quais os médicos e os enfermeiros do Serviço realizam a episiotomia, assim como as consequências deste procedimento. Estes resultados justificam a continuidade de uma linha de investigação, que possa contribuir para um melhor conhecimento e implementação de normas que suportem a prática de episiotomia.

6. Referências

- [1] Kalis V, Laine K, de Leeuw J, Ismail K, Tincello G. Classification of episiotomy: towards a standardization of terminology. 2012; BJOG. 119:522-526.
- [2] Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Review). The Cochrane Library 2007.
- [3] Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv.* 38:322-38.
- [4] Hudelist G., Mastoroudes H., Gorti M. The role of episiotomy in instrumental delivery: Is it preventive for severe perineal injury? 2008; 28: 469-473.
- [5] Vogel J., Beek A., Gietelink D., Vulkovic M., Leeuw J., Bavel J., Papatsonis D. The effect of a mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery on the risk of developing obstetrical anal sphincter injuries. 2012; *AJOG.* 206:404.e1-5.
- [6] Leeuw J., Wit C., Kuijken J., Bruinse H. Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. 2011; *BJOG.* 115: 104-108.
- [7] Raisen S., Jukunen K., Giessler M., Heinonem S. Hospital-based lateral episiotomy and obstetric anal sphincter injury rates: retrospective population-based register study. 2012; 206: 347.e1-6.
- [8] Revicky V., Nirmal D., Mukhopadhyay S., Morris E., Nieto M. Could a mediolateral episiotomy prevent obstetric anal sphincter injury? 2010; *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 150: 142-146.
- [9] Dandolu V., Chatwani A., Harmanli O., Floro C., Gaughan J., Hernandez E. Risk factors for obstetrical anal sphincter lacerations. 2005; *International Urogynecology Journal.* 16: 304-307.
- [10] Zafran N., Salin R. Impact of liberal use of episiotomy on the incidence of obstetric anal sphincter tear. 2012; *Arch Gynecol Obstet.* 286:591-597.
- [11] Minaglia S., Ozel B., Gatto N., Korst L., Mishell D., Miller D. Decreased rate of obstetrical anal sphincter laceration is associated with change in obstetric practice. 2007; *International Urogynecology Journal.* 18: 1399-1404.
- [12] Macleod M., Strachan B., Howarth L., Goyder K., Venne M., Murphy D. A prospective cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery. 2008; *BOJG.* 115:1688-1694.
- [13] Michael C., Gauthier J., Robbins J., Kaczorowski J., Jorgensen S., Franco E., Johnson B., Waghorn K., Gelfand M., Guralnick M., Luskey G., Joshi A. Relationship of Episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology.* 1994; 171: 591-598.
- [14] Baumann P.; Hammound A.; McNeeley G.; DeRose E.; Kudish B.; Hendrix S. Factors associated with anal sphincter laceration in 40,923 primiparous women. 2007; *Int Urogynecol J.* 18: 985-990.
- [15] Shahraki A., Aram S., Pourkabirian S., Khodae S., Choupannejad S. A comparison between early maternal and neonatal complications of restrictive episiotomy in primiparous vaginal delivery. 2011; *J Res Med Sci.* 16: 1583-1589.

- [16] Lai C., Cheung H., Lao T., Lau T., Leung T. Is the policy of restrictive episiotomy generisable? A prospective observational study. 2009. *Journal of Maternal-fetal and Neonatal Medicine*. 22: 1116-1121.
- [17] Clemons J., Towers G., McClure G., O'Boyle A. Decreased anal sphincter lacerations associated with restrictive episiotomy use. 2004; *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 192: 1620-1625.
- [18] Bansal R, Tan W., Ecker J., Bishop J., Kilpatrick S. Is there a benefit to episiotomy at spontaneous vaginal delivery? A natural experiment. 1996; *AJOG*. 175:897-901.
- [19] Fritel X., Schaal J., Fauconnier A., Bertrand V., Levet C., Pigné A. Troubles périnéaux quatre ans après accouchement: comparaison entre épisiotomie restrictive et systématique. 2008; *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 36:991-997.
- [20] Koskas M., Caillod A., Fauconnier A., Bader G. Impact maternel et neonatal des Recommandations pour la pratique Clinique du CNGOF relatives à l'épisiotomie. Étude unicentrique à propos de 5409 accouchements par voie vaginale. 2009; *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 37: 697-702.
- [21] Stener N., Weintraub A., Sergienko R., Sheiner E. *Episiotomy: the final cut?* 2012. Springer
- [22] Raisen S., Jukunen K., Heinonem S., Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. 2010; *Midwifery*. 26: 348-356.
- [23] Reinold D., É boue C., Morello R., Lamendour N., Herlicoviez M., Dreyfus M. De l'impact des RPC pour réduire le taux d'épisiotomie. 2012; *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 41: 61-68.
- [24] Ecker J., Tan W., Bansal R., Bishop J., Kilpatrick S. Is there a benefit to episiotomy at operative vaginal delivery? Observations over ten years in a stable population. 1996; 176: 411-414.
- [25] Rodriguez A., Arenas E., Osorio A., Mendez O., Zuleta J. Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third- or fourth- degree lacerations in nulliparous women. 2008; 198: 285.e1-e4.
- [26] Raisen S., Jukunen K., Heinonem S, Giessler M. Lateral episiotomy protects primiparous but not multiparous women from obstetric anal sphincter rupture. 2009; *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 88: 1365-1372.
- [27] Bertozzi S., Londero A., Fruscalzo A., Driul L., Delneri C., Calcagno A., Benedetto P., Marchesoni D. Impact of episiotomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after the sixth month postpartum: a retrospective study. 2011; *Bmc Women's Health* 11:12.
- [28] Macleod M., Goyder K., Howarth L., Bahl R., Strachan B., Murphy A. Morbidity experienced by women before and after operative vaginal delivery: prospective cohort study nested within a two-center randomized controlled trial of restrictive versus routine use of episiotomy. 2013; *BJOG*. 120: 1020-1027.

- [29] Chang S., Chen K., Lin H., Chao Y., Lai Y. Comparison of the effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study. 2011; *International Journal of Nursing Studies*. 48: 409-418.
- [30] Mulder F., Schoffemeer M., Hakvoort R., Limpens J., Mol B., Post J., Roovers J. Risk factors for postpartum urinary retention: a systematic review and meta-analysis. 2012; *Bjog* 119:1440-1446.
- [31] Fleming N., Newton E., Roberts J. Changes in Postpartum Perineal Muscle Function in Women With and Without Episiotomies. 2003; *Journal of Midwifery & Women's Health*. 48:53-59
- [32] Cam C., Asoglu M., Selcuk S., Aran T., Tug N., Karateke A. Does mediolateral episiotomy decrease central defects of the anterior vaginal wall? 2011; *Arch Gynecol Obstet* 285:411-415.
- [33] Andrews V., Thakar R., Sultan A., Jones P. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia - A prospective study. 2007; *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 137:152-156.
- [34] Beleza C., Ferreira C., Sousa L., Nakano A. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia a sua relação com a limitação de actividades. 2012; *Revista brasileira de enfermagem*. 65. 264-268.
- [35] Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine Vs selective episiotomy: a randomized controlled trial.. 1993; *Lancet*. 342: 1517-1518
- [36] Klein M., Gauthier R., Robbins J. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. 1994; *AMOJ*. 171:591-598.
- [37] Ejegård H., Ryding EL, Sjogren B. Sexuality after delivery with episiotomy: a long-term followup.
- [38] McDonald E., Brown S. Does method of birth make a difference to when women resume sex after childbirth? 2013; *BJOG* 120: 823-830.
- [39] Lurie S., Aizenberg M., Sulema V., Boaz M., Kovo M., Golan A. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. 2013; Springer.
- [40] Sleep J., Grant A. West Berkshire perineal management trial. *Br Med J*;1984.289:587-590.
- [41] *Classificação das Práticas de Parto Normal*, OMS 1996
- [42] The European Perinatal Health Report 2010, disponível em PDF desde 27 de maio em: <http://www.europeristat.com>
- [43] Wu L. , Malhotra R., Aleen J., Tan T., Ostbye T. Risk Factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. 2013; Springer
- [44] Jovavic N., Kocijancic D., Terzic M. Current approach to episiotomy: Inevitable or unnecessary. 2011; *Central European Journal of Medicine*.
- [45] Carvalho C., Souza A., Filho O. Prevalência e factores associados à pratica de Episiotomia em Maternidade Escola do Recife, Pernambuco, Brazil. 2010; *Rev Assoc Med Bras*. 56:333-339.
- [46] Oliveira S., Miquilini E. Frequencia e critérios para indicar Episiotomia; *Rev Esc Enfrm USP*. 39: 288-295.

- [47] Lowenstein L., Drugan A., Gonen R., Itskovitz-Eldor J., Bardicef M., Jakobi P. Episiotomy: Beliefs, practice and the impact of educational intervention. 2005; European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 123: 179-182.
- [48] Episiotomy. In: Gilstrap LC, Cunningham FG, Vandorsten JP, eds. Operative Obstetrics. 2nd ed. Connecticut: Appleton & Lange, 2002; 63-89.
- [49] W.G. Cochran (1954), “ Some methods for strengthening the common χ^2 tests”, Biometrics, 10: 417-451.

Anexos

Anexo I - Questionário de recolha de dados

Critérios de inclusão no estudo

Idade gestacional entre 37 e 42 semanas	SIM	NÃO
Parto vaginal	SIM	NÃO
Apresentação cefálica	SIM	NÃO

Se existir algum NÃO, o questionário está finalizado.

Critérios de exclusão no estudo

Morte intrauterina	SIM	NÃO
Gravidez múltipla	SIM	NÃO

Se existir algum SIM, o questionário está finalizado.

Características da população

Maternas

Idade	<18	18 até <35	»35
Paridade	0	1	2 »3
IMC	<19	19-25	>25 »30

Recém-nascido

Peso (Kg)	<2.5	2.5 até 3.9	»4
Perímetro cefálico (cm)	<32	32 até <34	»34

Parto

Parto Distócico	Fórceps	Ventosa
Indução	SIM	NÃO

Episiotomia

Realização	SIM	NÃO
------------	-----	-----

Complicações resultantes do parto

Imediatas (durante internamento)

Laceração do períneo	1º grau	2º grau	3º grau	4º grau	Sem laceração
Hemorragias no períneo	< 250	+/-250	>250		
Hematomas/Equimoses	SIM	NÃO			

Anexo II - King's Health Questionnaire - Versão Portuguesa Oficial

QUESTIONÁRIO DE SAÚDE

Versão Portuguesa Oficial do King's Health Questionnaire

Como descreveria o seu estado geral de saúde neste momento?

Escolha uma resposta

Muito bom

Bom

Razoável

Fraco

Muito fraco

Até que ponto acha que o seu problema urinário afecta a sua vida?

Escolha uma resposta

Não afecta

Um pouco

Moderadamente

Muito

Vire a página, s.f.f,

Gostaríamos de saber quais os seus problemas urinários e até que ponto esses problemas o(a) afectam. Da lista que se segue, escolha **APENAS AQUELES PROBLEMAS** que tem actualmente. **DEIXE EM BRANCO** aqueles que não se aplicam à sua situação.

Até que ponto o(a) afectam?

Escolha por favor a resposta mais adequada ao seu caso.



Um pouco

Moderadamente

Muito

FREQUÊNCIA: ir à casa de banho muitas vezes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NOCTÚRIA: levantar-se de noite para ir urinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
URGÊNCIA: uma forte vontade de urinar, difícil de controlar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INCONTINÊNCIA DE URGÊNCIA: perda de urina associada a uma forte vontade de urinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INCONTINÊNCIA DE ESFORÇO: perda de urina com um esforço físico, por exemplo tossir, espirrar, correr.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ENURESE NOCTURNA: urinar na cama durante a noite.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INCONTINÊNCIA NA RELAÇÃO SEXUAL: perda de urina durante a relação sexual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
INFEÇÕES URINÁRIAS FREQUENTES	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOR NA BEXIGA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificuldade em URINAR	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
OUTRO, ESPECIFIQUE: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vire a página, s.f.f.

Abaixo estão mencionadas algumas das actividades diárias que podem ser afectadas pelos problemas urinários. Até que ponto o seu problema urinário o(a) afecta?
 Gostaríamos que respondesse a todas as perguntas. Escolha a resposta mais adequada ao seu caso.

LIMITAÇÕES NAS ACTIVIDADES DIÁRIAS	Não afecta	Um pouco	Moderadamente	Muito
Até que ponto o seu problema urinário afecta as suas actividades domésticas (por exemplo limpar, ir às compras, pequenos arranjos na casa, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário afecta o seu trabalho, ou as suas actividades diárias normais fora de casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<u>LIMITAÇÕES FÍSICAS/SOCIAIS</u>	Não afecta	Um pouco	Moderadamente	Muito
O seu problema urinário afecta as suas actividades físicas (por exemplo, ir dar um passeio a pé, correr, praticar desporto, ginástica, etc.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário afecta a sua capacidade de andar de camioneta, carro, avião ou comboio?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário limita o seu convívio com outras pessoas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário limita a sua capacidade de visitar/ver os(as) amigos(as)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<u>RELAÇÕES PESSOAIS</u>	Não se aplica	Não afecta	Um pouco	Moderadamente	Muito
O seu problema urinário afecta o relacionamento com o seu (a sua) parceiro(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário afecta a sua vida sexual?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário afecta a sua vida familiar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<u>EMOÇÕES</u>	Não	Um pouco	Moderada- mente	Muito
Sente-se deprimido(a) devido ao seu problema urinário?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se ansioso(a) ou nervoso(a) devido ao seu problema urinário?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sente-se mal consigo próprio(a) devido ao seu problema urinário?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<u>SONO/ENERGIA</u>	Nunca	Às vezes	Bastantes vezes	Sempre
O seu problema urinário afecta o seu sono?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O seu problema urinário faz sentir-se cansado(a)/esgotado(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Com que frequência faz ou sente o seguinte:

	Nunca	Às vezes	Bastantes vezes	Sempre
Usa protecções para se manter seco(a)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem cuidado com a quantidade de líquidos que ingere?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tem de mudar de roupa interior porque esta está molhada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocupa-se porque pode cheirar mal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fica envergonhado(a) por causa do seu problema urinário?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OBRIGADO, VERIFIQUE AGORA SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.

Anexo III - Questionário de Incapacidade de Roland-Morris

ANEXO - QUESTIONÁRIO DE INCAPACIDADE ROLAND-MORRIS - QIRM (Roland e Morris, 1983. Versão Modificada Sarda e col. 2010)

Nome/Iniciais:

Data:

Quando você tem dor, você pode ter dificuldade em fazer algumas coisas que normalmente faz. Esta lista possui algumas frases que as pessoas usam para se descreverem quando tem dor. Quando você ler estas frases poderá notar que algumas descrevem sua condição atual. Ao ler ou ouvir estas frases pense em você hoje. Assinale com um x apenas as frases que descrevem sua situação hoje, se a frase não descrever sua situação deixe-a em branco e siga para a próxima sentença. Lembre-se assinalar apenas a frase que você tiver certeza que descreve você hoje.	
1. Fico em casa a maior parte do tempo por causa da minha dor.	<input type="checkbox"/>
2. Mudo de posição freqüentemente tentando ficar mais confortável com a dor.	<input type="checkbox"/>
3. Ando mais devagar que o habitual por causa da dor.	<input type="checkbox"/>
4. Por causa da dor eu não estou fazendo alguns dos trabalhos que geralmente faço em casa.	<input type="checkbox"/>
5. Por causa da dor eu uso o corrimão para subir escadas.	<input type="checkbox"/>
6. Por causa da dor eu deito para descansar mais freqüentemente.	<input type="checkbox"/>
7. Por causa da dor eu tenho que me apoiar em alguma coisa para me levantar de uma poltrona.	<input type="checkbox"/>
8. Por causa da dor tento com que outras pessoas façam as coisas para mim.	<input type="checkbox"/>
9. Eu me visto mais devagar do que o habitual por causa das minhas dores.	<input type="checkbox"/>
10. Eu somente fico em pé por pouco tempo por causa da dor.	<input type="checkbox"/>
11. Por causa da dor tento não me abaixar ou me ajoelhar.	<input type="checkbox"/>
12. Tenho dificuldade em me levantar de uma cadeira por causa da dor.	<input type="checkbox"/>
13. Sinto dor quase todo o tempo.	<input type="checkbox"/>
14. Tenho dificuldade em me virar na cama por causa da dor.	<input type="checkbox"/>
15. Meu apetite não é muito bom por causa das minhas dores.	<input type="checkbox"/>
16. Tenho dificuldade para colocar minhas meias por causa da dor.	<input type="checkbox"/>
17. Caminho apenas curtas distâncias por causa das minhas dores.	<input type="checkbox"/>
18. Não durmo tão bem por causa das dores.	<input type="checkbox"/>
19. Por causa da dor me visto com ajuda de outras pessoas.	<input type="checkbox"/>
20. Fico sentado a maior parte do dia por causa da minha dor.	<input type="checkbox"/>
21. Evito trabalhos pesados em casa por causa da minha dor.	<input type="checkbox"/>
22. Por causa da dor estou mais irritado e mal humorado com as pessoas do que em geral.	<input type="checkbox"/>
23. Por causa da dor subo escadas mais vagarosamente do que o habitual.	<input type="checkbox"/>
24. Fico na cama (deitado ou sentado) a maior parte do tempo por causa das minhas dores.	<input type="checkbox"/>

Anexo IV - Índice de Funcionamento Sexual Feminino

Item

1. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** sentiu desejo ou interesse sexual?
 2. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu **nível** (grau) de desejo ou interesse sexual?
 3. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** se sentiu sexualmente excitada durante a actividade sexual ou a relação sexual?
 4. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu **nível** de excitação sexual durante a actividade sexual ou a relação sexual?
 5. Nas últimas 4 semanas, qual a sua **confiança** em conseguir ficar sexualmente excitada durante a actividade sexual ou a relação sexual?
 6. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante a actividade sexual ou a relação sexual?
 7. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** ficou lubrificada (“molhada”) durante a actividade sexual ou relação sexual?
 8. Nas últimas 4 semanas, qual a **dificuldade** que teve em ficar lubrificada (“molhada”) durante a actividade sexual ou a relação sexual?
 9. Nas últimas 4 semanas, com que frequência **manteve** a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da actividade sexual ou da relação sexual?
 10. Nas últimas 4 semanas, qual a **dificuldade** que teve em manter a sua lubrificação (“estar molhada”) até ao fim da actividade sexual ou da relação sexual?
 11. Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, com que **frequência** atingiu o orgasmo (clímax)?
 12. Nas últimas 4 semanas, quando teve estimulação sexual ou relação sexual, qual a **dificuldade** que teve em atingir o orgasmo (clímax)?
 13. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de **satisfação** com a sua capacidade de atingir o orgasmo (clímax) durante a actividade sexual ou a relação sexual?
 14. Nas últimas 4 semanas, qual foi o seu nível de **satisfação** com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a actividade sexual?
 15. Nas últimas 4 semanas, qual o seu nível de **satisfação** com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?
 16. Nas últimas 4 semanas, qual o seu nível de **satisfação** com a sua vida sexual em geral?
 17. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** sentiu desconforto ou dor durante a penetração vaginal?
 18. Nas últimas 4 semanas, com que **frequência** sentiu desconforto ou dor após a penetração vaginal?
 19. Nas últimas 4 semanas, como classificaria o seu **nível** (grau) de desconforto ou dor durante ou após a penetração vaginal?
-

Anexo V - Questionário entregue no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia CHCB

1. Com que frequência estima realizar Episiotomia nos Partos espontâneos?

- a) <10%
- b) 10-30%
- c) 30-50%
- d) 50-70%
- e) 70-90%
- f) >90%

2. Classifique cada um dos critérios de acordo com a relevância dada por si, aquando a decisão da realização da episiotomia (assinale com “x”):

3.

	0 (sem importância)	1 (alguma importância)	2 (muita importância)
Por rotina			
Primiparidade			
Feto macrossómico			
Períneo Integro			
Apresentação pélvica			
Iminência de rutura			

Outras:

4. Qual a técnica de Episiotomia que costuma utilizar? (assinale com “x”)

Lateral____ Mediana____ Médio-lateral____
 Lado esquerdo____ Lado direito____

5. Diga, com base na sua experiência clínica, o que pensa dos estudos que apontam no sentido de reduzir a percentagem de realização de Episiotomia, como forma de evitar as seguintes complicações: Lacerações e hemorragia do períneo, Dor Crónica, Incontinência urinária e fecal assim como problemas de cicatrização? (Resposta Aberta)

Anexo VI - Documento apresentado no serviço de Ginecologia e Obstetrícia CHCB (outubro, 2012)

EPISIOTOMIA

Ponto de situação no CHCB

Catarina Isabel Dias Rosa | a22964
Universidade da Beira Interior | Faculdade Ciências da Saúde

Introdução

- A episiotomia
 - Incisão cirúrgica realizada no períneo
 - Geralmente realizada de ante a seguinte período do trabalho de parto
 - Objetivo: facilitar a saída do recém-nascido, através da abertura do canal do parto
- Foi historicamente introduzida no século XVIII por Sir Fielding Ould
- A partir da década de 70 começaram a surgir os primeiros estudos que questionavam esta técnica
 - Revisão de Thacker e Banta (1983) "além da ineficácia da redução da incidência de "lacerações lacerações perineais" os riscos associados ao procedimento: dor, edema, infeção, hematoma e disparunia"



Alguns Estudos

- "Wound healing consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach" (Sari Kauranen, 2010)

Material e Métodos:

- Estudo prospectivo com 1000 mulheres submetidas a parto vaginal (com Episiotomia e sem Episiotomia). Taxa de Episiotomia de 28,3 %
- Envio de um questionário via correio, preenchido posteriormente com as informações clínicas do processo.

Conclusões:

- Episiotomia foi mais utilizada nas seguintes situações: Primiparidade, Parto induzido, Parto distóxico, 2º período do trabalho de parto prolongado e uso da epidura.
- Consequências no grupo não submetido a episiotomia:
 - Ausência das lacerações de 1ª e 2ª graus no períneo, mais lacerações no vaginal, pequena lábia e uretra
 - Diminuição das lacerações de 3ª e 4ª graus no períneo.

- "Comparison of effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study" (Stewart & Cheng, 2010)

Material e Métodos:

- Estudo prospectivo com 243 mulheres submetidas a parto vaginal (com Episiotomia e sem Episiotomia). Taxa de Episiotomia de 22,6 %
- Aplicados questionários "Short Form McGill Pain Questionnaire Form", "Urinary Incontinence Short Form" "Female Sexual Function Index": 1ª semana, 2ª semana, 6ª semana e 3ª mês pós-parto.

Conclusões:

- Mulheres que foram submetidas a episiotomia sentiu dor durante a 1ª, 2ª, 6ª semana foi maior.
- Mulheres que foram submetidas a Episiotomia: score de Incontinência Urinária ao 3 meses foi maior.
- Não se verificaram diferenças no que diz respeito à função sexual.

- "Hospital-based lateral episiotomy and obstetric anal sphincter injury rates: a retrospective population-based register study" (Sari Kauranen, 2011)

Material e Métodos:

- Estudo retrospectivo feito em 19 Hospitais com 388411 mulheres submetidas a parto vaginal (sem Episiotomia e com Episiotomia). Taxa de Episiotomia variaram de 38%-66% para primíparas e de 5-30% em multiparas

Conclusões:

- A percentagem de Episiotomia está inversamente correlacionada com o risco de lesão do Esfíncter Ana
- A restrição do uso de Episiotomia Lateral pode resultar em taxas mais altas de lesão do Esfíncter Ana.

- "The impact of liberal use of mediolateral episiotomy on the incidence of obstetric anal sphincter tear" (Health Britain, 2012)

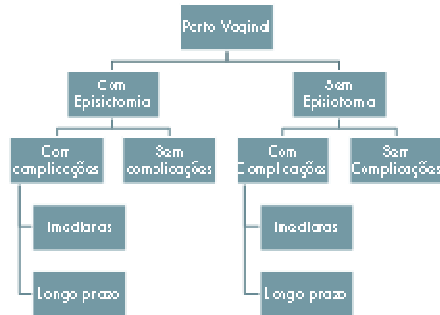
Material e Métodos:

- Estudo retrospectivo, com 25170 mulheres, dividido em dois períodos
 - 1999-2001 (liberal - 71,8%)
 - 2001-2008 (restrito - 27,1%)

Conclusões:

- Primíparas: As taxas de lesão do Esfíncter anal são significativamente maiores no 2º período.
- Multiparas: Não há alterações

Objectivos

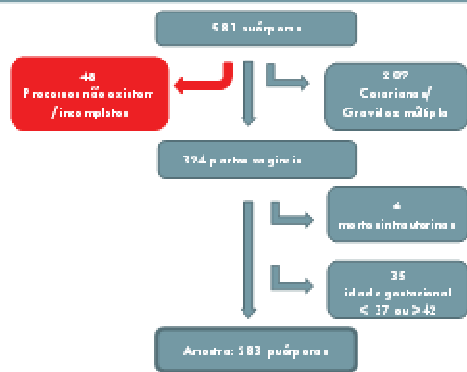


Material e Métodos

■ **Período prospetivo:** Outubro de 2011 e Setembro de 2012 (12 meses)

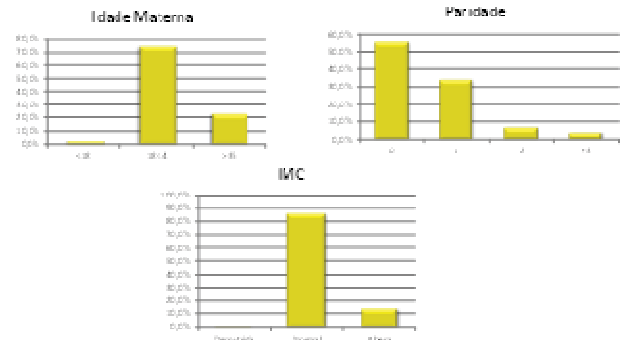
- **Critérios Incluídos:**
 - Idade gestacional 27-42 semanas
 - Parto vaginal
 - Anestesia epidural
- **Critérios Excluídos:**
 - História intracranial
 - Gravidez múltipla
 - Órgão pélvico prótico
- **Variáveis estudadas:**
 - Características Maternas: Idade, Paridade, IMC
 - Características do recém-nascido: Sexo, perímetro cefálico
 - Características do parto: Duração 2ª fase, Distúrbio Injúria, Analgésico/Anestésico epidural
 - Complicações: Imediatas: Lacerações, Hemorragias no Perinéu, Hematomas/Bolhas no perinéu, Dor durante o parto
 - Complicações Longo prazo: AMI, Incontinência Urinária, Incontinência Fecal, Distúrbio sexual, Dor crónica

Material e Métodos



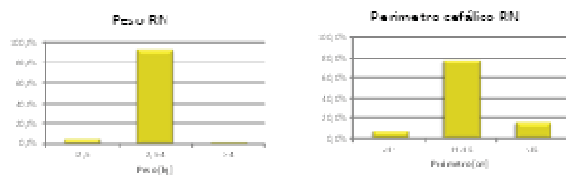
Características da População

■ Características maternas



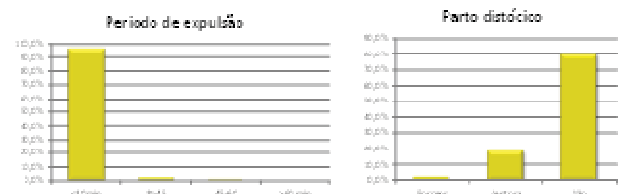
Características da População

■ Características do RN



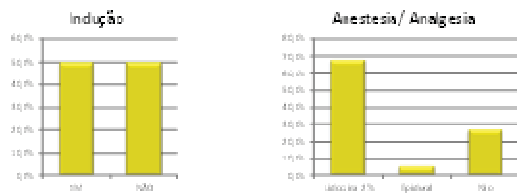
Características da População

■ Características do Parto



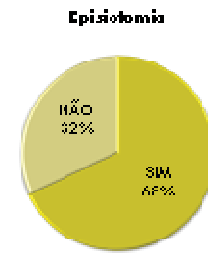
Características da População

Características do Parto



Características da População

Características do Parto



Resultados

Os resultados foram analisados segundo categorias ordinais/ qualitativa.

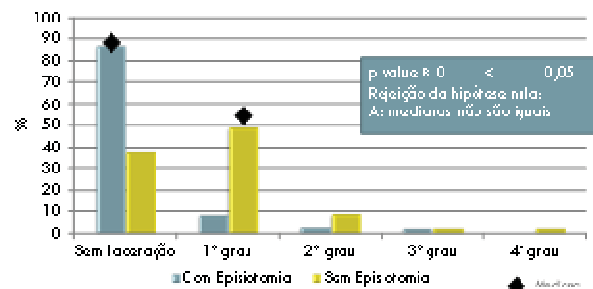
A comparação das medianas foi realizada através do Teste de Mann-Whitney-Wilcoxon – hipótese nula de igualdade de medianas:

- Laceração: Sem Laceração, Laceração de 1º, 2º, 3º e 4º graus;
- Hemorragia: < 250ml, 250ml, >= 500ml;
- Dor: 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

Para o parâmetro Hematoma/ Equimose/ Edema foi construído um intervalo de confiança de 95% para a proporção de casos positivos.

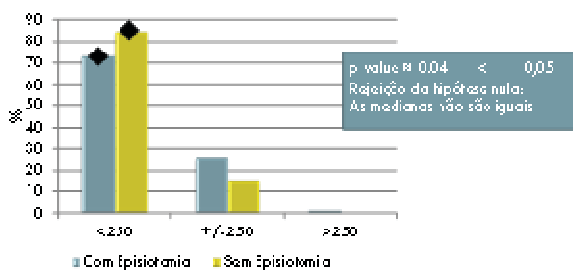
Resultados

Integridade do Périneu



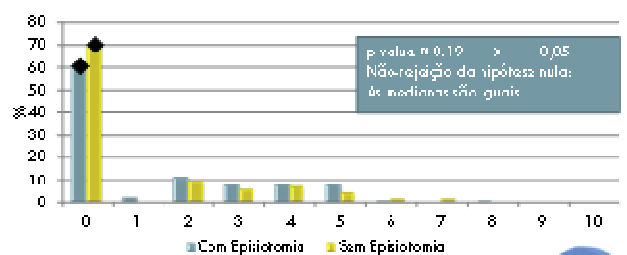
Resultados

Hemorragias



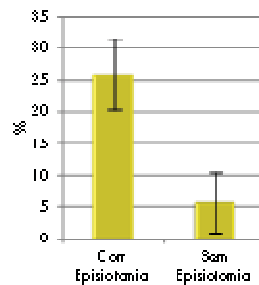
Resultados

Dor durante o internamento



Resultados

□ Hematomas/ Equimoses/ Edemas



Conclusão

□ Relativamente ao estudo efectuado, podemos concluir que:

- Integridade do períneo: as mulheres que não foram submetidas a Episiotomia apresentam um grau mais elevado de lacerações.
- Hemorragias à Dte durante o internamento: Não se podem tirar conclusões, pois não existe diferença significativa entre os dois grupos.
- Hematomas/ Equimoses/ Edemas: As mulheres que não foram submetidas a Episiotomia apresentam taxas mais baixas de Hematomas/Equimoses/Edemas.

Bibliografia

- "Comparison of effects of episiotomy and no episiotomy on pain, urinary incontinence and sexual function 3 months postpartum: A prospective follow-up study" (Trials, Julho 2010)
- "Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach" (Midwifery, 2010)
- "Lateral episiotomy protects primiparous but not multiparous women from obstetric anal sphincter injury" (Midwifery, 2009)
- "Lateral episiotomy protects primiparous but not multiparous women from obstetric anal sphincter injury" (Midwifery, 2009)

□ Obrigada pela vossa atenção!

Anexo VII - Termo de Consentimento livre e esclarecido

Catarina Isabel Dias Rosa, estudante de Medicina na Universidade da Beira Interior, a realizar um trabalho de investigação, subordinado ao tema “Episiotomia: da percepção da necessidade às consequências”, vem solicitar a sua colaboração no preenchimento deste inquérito/ entrevista/ estudo. Informo que a sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento sem que por isso venha a ser prejudicado nos cuidados de saúde prestados pelo CHCB, EPE; informo ainda que todos os dados recolhidos serão confidenciais.
Consentimento Informado - Investigador

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- * Entregou esta informação
- * Explicou o propósito deste trabalho
- * Explicou e respondeu a todas as questões e dúvidas apresentadas pelo doente.

Nome do Investigador (Legível)

(Assinatura do Investigador)

___/___/___
(Data)

Consentimento Informado - Paciente

Ao assinar esta página está a confirmar o seguinte:

- * O Sr. (a) leu e compreendeu todas as informações desta informação, e teve tempo para as ponderar;
- * Todas as suas questões foram respondidas satisfatoriamente;
- * Se não percebeu qualquer das palavras, solicitou ao investigador que lhe fosse explicado, tendo este explicado todas as dúvidas;
- * O Sr. (a) recebeu uma cópia desta informação, para a manter consigo.

Nome do Doente (Legível)

(Assinatura do Doente ou Representante Legal)

Representante Legal

___/___/___
(Data)

Anexo VIII - Taxas de episiotomia, segundo The European Perinatal Health Report 2010

