

## Episiotomia e sua relação com diferentes variáveis clínicas que influenciam sua realização

Carmen Ballesteros-Meseguer<sup>1</sup>

César Carrillo-García<sup>2</sup>

Mariano Meseguer-de-Pedro<sup>3</sup>

Manuel Canteras-Jordana<sup>4</sup>

M<sup>a</sup> Emilia Martínez-Roche<sup>5</sup>

**Objetivo:** conhecer a taxa de episiotomia e sua relação com diferentes variáveis clínicas. **Método:** estudo descritivo, transversal e analítico de 12.093 partos em um hospital terciário. **Variáveis:** paridade, idade gestacional, início do parto, uso de analgesia epidural, uso de oxitocina, posição durante expulsão do feto, peso do neonato e finalização do parto. A análise foi feita com o SPSS 19.0. **Resultados:** a porcentagem global de episiotomias foi de 50%. As variáveis clínicas que apresentaram uma associação significativa foram: primiparidade (RR=2,98), idade gestacional > 41 semanas (RR=1,2), início do parto estimulado ou induzido (RR=1,33), uso de analgesia epidural (RR=1,95), uso de oxitocina (RR=1,58), posição de litotomia durante a expulsão fetal (RR=6,4) e instrumentação (RR=1,84). Por outro lado, idade materna  $\geq$  35 anos (RR=0,85) e peso do neonato < 2500 g (RR=0,8) estão associados a uma menor incidência de episiotomia. **Conclusões:** a episiotomia depende de intervenções obstétricas feitas durante o parto. Se desejarmos reduzir a taxa de episiotomia, será necessário manter em mente esses fatores de risco para estabelecer políticas para reduzir esse procedimento.

**Descritores:** Episiotomia; Parto Normal; Enfermagem Obstétrica; Procedimentos Cirúrgicos Obstétricos; Trabalho de Parto.

<sup>1</sup> PhD, Professor Associado, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, Espanha. Enfermeira Obstetra, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca del Servicio Murciano de Salud, Murcia, Espanha.





<sup>2</sup> PhD, Professor Associado, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, Espanha. Chefe de Seção, Dirección General de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud, Murcia, Espanha.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Doutor, Departamento de Psiquiatría y Psicología Social, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, Murcia, Espanha.

<sup>4</sup> MD, PhD, Professor Titular, Departamento de Bioestadística, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, Espanha.

<sup>5</sup> PhD, Profesor Titular, Departamento de Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, Espanha. Chefe de Estudos da Unidad Docente Obstétrico-Ginecológica (Matrona), Murcia, Espanha.

### Como citar este artigo

Ballesteros-Meseguer C, Carrillo-García C, Meseguer-de-Pedro M, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2793. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0334.2686>.

## Introdução

A episiotomia é um procedimento cirúrgico para ampliar a parte inferior da vagina, o ânulo vulvar e o tecido perineal durante a fase de expulsão fetal<sup>(1)</sup>.

Na Espanha, de acordo com dados de 2005 em diante, há uma grande variabilidade na porcentagem de episiotomias, de 33 até 73%, de acordo com Comunidades Autônomas [Comunidades Autónomas]<sup>(2)</sup>. No Hospital Clínico Universitario Virgen de Arrixaca [Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca], a taxa é em torno de 50% de todos os partos. Essa estatística está longe das recomendações da Organização Mundial da Saúde, que estabeleceu um máximo de 15%. As causas da variabilidade nas taxas desse procedimento não foram estabelecidas, e por isso o Ministério da Saúde desenvolveu a Estratégia para Parto Normal no Sistema Nacional de Saúde, com o propósito, entre outros, de adequar a assistência ao parto a uma prática baseada em evidências científicas. Várias revisões sistemáticas concluem que o uso sistemático desse procedimento não oferece mais benefícios do que o uso restrito<sup>(4)</sup>.

As variações nas taxas de execução desse procedimento podem estar relacionadas às variações na prática clínica relacionadas a situações obstétricas comuns, como episiotomia, primiparidade, instrumentação do parto e uso de epidural<sup>(5-6)</sup>.

Seria de grande interesse fazer uma análise das variáveis obstétricas na base de dados do Hospital Clínico Universitario Virgen de Arrixaca, como uma ferramenta útil na determinação dos fatores relacionados a essa variabilidade.

O objetivo do presente estudo é conhecer a taxa de episiotomia e sua relação com variáveis clínicas particulares.

## Método

Um estudo descritivo, transversal e analítico foi conduzido com coleta retrospectiva de dados. A amostra inicial era composta de 15.074 mulheres com histórico clínico de parto que ocorreram entre 1º de Janeiro de 2011 e 31 de Dezembro de 2012 e que foram atendidas no Hospital Universitario Virgen de Arrixaca, em Múrcia, Espanha. Os dados foram coletados a partir da base de dados clínicos do hospital (SELENE). Os critérios de inclusão compreendiam partos que ocorreram no ambiente hospitalar e que tiveram dados relevantes para o estudo coletados. Houve a exclusão de episódios incompletos, partos fora do hospital, cesarianas e dados com erros introduzidos durante o seu registro. Finalmente, 12.093, partos foram analisados. O estudo foi revisado pelo Comitê Ético de Investigação Clínica do Hospital. As variáveis obstétricas coletadas a partir de dados clínicos são mostradas na Figura 1.

Variáveis Obstétricas	Modalidades
Tipo de episiotomia	Essa variável cobre três modalidades: Sem episiotomia, quando o procedimento não foi realizado, mediolateral ou central, dependendo do ângulo de incisão escolhido pelo profissional que realiza o procedimento.
Início do parto	Espontâneo, induzido e estimulado.
Tipo de parto	Considerou-se o parto vaginal diferenciando entre normal e com instrumentação (com a ajuda de vácuo, fórceps ou espátulas para a extração fetal) e cesariana.
Uso de ocitocina	Considerou-se a administração dessa droga durante o parto.
Tipo de analgesia	Os itens registrados são: sem anestesia, anestesia local, epidural, raquidiana e geral.
Idade gestacional	Para um melhor tratamento estatístico, foi agrupada por semanas de gestação em: imatura (até 24 semanas), prematura (de 24+1 a 36+6), a termo (de 37 a 41 semanas) e pós-termo (> 41 semanas).
Peso do neonato	Agrupado em < 2.500 g, entre 2.500-4.000 g e > 4000 g.
Posição do parto	Durante a fase de expulsão fetal, as seguintes posturas puderam ser adotadas: quadrúpede, agachamento, em pé, decúbito lateral, decúbito dorsal, litotomia e sentada.

Figura 1 - Variáveis obstétricas coletadas a partir dos dados clínicos para o estudo. Múrcia, Espanha, 2012-2013

A transformação e a codificação dos dados foi feita usando o software estatístico SPSS e o Excel. Uma análise descritiva foi feita nas variáveis obstétricas (início do parto, episiotomia, finalização do parto, uso de ocitocina, posição do parto, peso do neonato, idade gestacional e tipo de analgesia), seguida por uma análise de associações bivariadas entre episiotomia e as variáveis clínicas mencionadas anteriormente, aplicando o teste do qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para estudar a relação entre as variáveis qualitativas. Em um terceiro nível,

uma análise trivariada também foi feita naquelas que foram significativas ( $p < 0,05$ ) com as que podem ter constituído fatores confundidores, como primiparidade, uso de epidural e peso do neonato. Para corrigir o efeito do tamanho amostral ( $n = 12.093$ ), foi feita a estimação do Tamanho do Efeito utilizando o V de Cramer. Também foi feito o cálculo do risco relativo (RR) para cada par de variáveis qualitativas como medida relativa do efeito, para determinar a magnitude ou força da associação entre as variáveis.

## Resultados

A taxa de episiotomia em todos os partos vaginais no hospital estudado durante 2011 foi de 50,4% e de 49,4% em 2012. Em partos normais, ela foi feita em 40,8% em 2011 e em 36,5% em 2012. Nos partos instrumentados, a taxa foi de mais de 90% em todas as modalidades (espátulas, vácuo e fórceps) (Tabela 1).

Tabela 1 - Descrição do total de partos atendidos no Hospital Clínico Universitário Virgem de Arrixaca nos anos de 2011-12 e a porcentagem de episiotomias. Múrcia, Espanha, 2012-2013

Procedimentos	2011	2012
Partos totais (Vaginais + Cesarianas)	7.566	7.508
Partos vaginais (Normais + Instrumentados)	6.075	6.018
Episiotomias em partos vaginais (%)	50,4	49,4
Partos normais	4.649	4.531
Episiotomias em partos normais (%)	40,8	36,5
Partos instrumentados	1.426	1.487
Episiotomias em partos instrumentados (%)	92,7	93

Durante a assistência ao parto, há determinadas variáveis que podem influenciar a necessidade de se fazer uma episiotomia. As variáveis estudadas são: paridade, idade gestacional, início do parto (espontâneo, induzido ou estimulado), uso de anestesia epidural, uso de ocitocina, posição fetal durante a expulsão, peso do neonato e a finalização do parto (normal ou instrumentado).

Para o estudo da *paridade da mulher*, os dados foram divididos de acordo com esse item, calculando a taxa de episiotomias em mulheres primíparas, que foi de 2.450 (68,3%) em 2011 e 2.388 (70,3%) em 2012; e entre mulheres com um ou mais partos anteriores (múltiparas), o número de episiotomias foi de 783 (27,1%) em 2011 e 653 (31%) em 2012. A tendência em mulheres primíparas é de realizar a episiotomia e, entre mulheres múltiparas, não realizá-la.

A análise da *idade gestacional* em relação ao uso da episiotomia mostra uma tendência de realizar a episiotomia em partos pós-termo, enquanto nos demais, a tendência é não realizá-la. O teste estatístico usado foi significativo ( $\chi^2=52,810$ ,  $p=0,0005$ ) mas houve um baixo efeito na relação ( $V=0,033$ ). O risco relativo de fazer uma episiotomia na gestação pós-termo (> 41 semanas) é 1,2 em relação à gestação a termo (37-41 semanas).

Na análise do *início do parto* em relação à episiotomia, foi observado que, dos 7.061 partos que se iniciaram espontaneamente, uma episiotomia foi feita em 45,5% deles versus 61,5% de 2.852 partos induzidos e 59,2% de 2.170 partos estimulados. Uma

análise entre esses grupos mostra uma diferença significativa ( $\chi^2=270,911$ ,  $p>0,000$ ), embora o V de Cramer mostre que essa relação tem um efeito pequeno ( $V=0,140$ ). O risco relativo de episiotomia em partos com intervenções (indução ou estimulação) é de 1,33 em relação ao parto espontâneo.

Em relação ao *tipo de analgesia*, de acordo com os dados, há uma tendência à episiotomia nos partos com analgesia epidural em comparação àqueles sem analgesia ou com anestesia local (perineal). O teste estatístico utilizado foi significativo ( $\chi^2=1150,339$ ;  $p<0,0005$ ), com um efeito moderado entre as duas variáveis ( $V=0,307$ ). O cálculo do risco relativo de episiotomia em mulheres que usam analgesia epidural foi de 1,95.

A análise da *administração de ocitocina* durante o parto indica uma relação significativa com a realização da episiotomia em partos com administração de ocitocina ( $\chi^2=237,527$ ,  $p<0,0005$ ), embora possamos considerar essa relação como baixa ( $V=0,138$ ). O risco relativo de episiotomia quando a ocitocina é administrada durante o parto é de 1,58 em relação a quando ela não é usada.

A *posição durante a fase de expulsão fetal* em relação à episiotomia mostra uma tendência de realizar a episiotomia na posição de litotomia. Nas outras posições, a tendência é não realizá-la. O teste estatístico utilizado foi significativo ( $\chi^2=236,515$ ,  $p<0,0005$ ). O risco relativo de episiotomia na posição de litotomia é de 6,4 em relação às outras posições.

O *peso do neonato* em relação à episiotomia mostra uma tendência a não realizar uma episiotomia em neonatos com baixo peso ao nascer <2.500 g, enquanto que com aqueles pesando entre 2.500-4.000 g e >4.000 g, a tendência é realizá-la. O teste estatístico utilizado foi significativo ( $\chi^2=84,157$ ,  $p<0,0005$ ) mas, com um baixo efeito para a relação ( $V=0,024$ ). O risco relativo de episiotomia em neonatos <2.500 g é de 0,8 em relação a um peso maior.

A análise estatística dos dados relacionados à *instrumentação do parto* mostra uma tendência a realizar a episiotomia em partos instrumentados (92,92%), enquanto em partos normais, a tendência é não realizá-la. Especificamente, o teste estatístico utilizado é significativo ( $\chi^2=2644,06$ ;  $p=0,0005$ ), e a relação entre as variáveis pode ser considerada média-alta ( $V=0,464$ ). O risco relativo de episiotomia em um parto instrumentado é de 1,84 em comparação ao parto normal.

Em um esforço para diminuir possíveis fatores de confusão, uma análise trivariada da episiotomia foi realizada com os fatores que se mostraram significativos e com um teste de tamanho do efeito médio-alto (tipo de finalização do parto e uso de analgesia epidural) com

as variáveis que podem constituir um fator confundidor, como primiparidade, uso de epidural e peso do neonato.

De maneira similar, a análise da variável *paridade relacionada à finalização do parto e ao uso da episiotomia* mostrou uma relação significativa ( $\chi^2=1043,44$ ;  $p<0,0005$ ) em mulheres primíparas e multíparas ( $\chi^2=665,06$ ;  $p<0,0005$ ); mostrando uma tendência a realizar a episiotomia mediolateral em partos instrumentados, independentemente da paridade, e a não realizá-la em partos normais.

Da mesma maneira, a análise estatística da variável *tipo de finalização do parto relacionada ao uso de epidural e à episiotomia* mostra uma relação significativa. O tipo de finalização do parto naquelas mulheres que não usaram analgesia epidural mostra uma tendência a não realizar a episiotomia em partos normais e a realizá-la em partos instrumentados. O teste estatístico utilizado foi significativo ( $\chi^2=263,664$ ;  $p=0,000$ ), com um efeito relacional moderado ( $V=0,306$ ), e isso ocorreu da mesma maneira entre mulheres que usaram a epidural. O teste estatístico utilizado foi significativo ( $\chi^2=159,256$ ;  $p=0,000$ ), com um efeito relacional moderado ( $V=0,461$ ).

Da mesma maneira, a análise estatística entre as variáveis *tipo de finalização do parto, peso do neonato e episiotomia* foi significativa para aqueles partos em que a episiotomia foi realizada ( $\chi^2=22,224$ ;  $p=0,000$ ), com um pequeno efeito relacional  $V=0,065$ ; foi observada uma tendência a realizar a episiotomia em partos normais de neonatos com peso abaixo de 2.500 g e em partos instrumentados de neonatos com peso maior do que 4.000 g.

Para a variável *uso de analgesia epidural relacionada à paridade e à episiotomia*, a análise estatística mostra uma relação significativa em mulheres primíparas ( $\chi^2=51,37$ ,  $p<0,0005$ ) e multíparas ( $\chi^2=46,86$ ,  $p<0,0005$ ) em 2011 e também em 2012 (primíparas  $\chi^2=5,57$ ;  $p<0,0005$  e multíparas  $\chi^2=62,07$ ;  $p<0,0005$ ). A tendência em mulheres primíparas é de realizar a episiotomia naquelas com epidural e de não realizá-la naquelas sem epidural.

Da mesma maneira, a relação estatística entre as variáveis *uso de epidural, peso do neonato, e uso de episiotomia* é significativa para o uso de analgesia epidural ( $\chi^2=8,321$ ;  $p=0,016$ ), embora com baixo efeito relacional,  $V=0,032$ . A tendência observada é de realizar a episiotomia em mães cujos neonatos apresentaram um peso superior a 4.000 g em mulheres com epidural.

## Discussão

Nossos resultados mostram que a *primiparidade* é um dos principais fatores de risco associados à

episiotomia. Esses resultados coincidem com os de outros autores<sup>(5-7)</sup>. Dessa forma, essa variável foi considerada um fator confundidor, e assim deve ser controlada em ensaios clínicos realizados com mulheres parturientes. Além disso, em mulheres primíparas, a episiotomia tem outras implicações, já que aumenta significativamente de maneira independente o risco de episiotomia e lacerações no parto seguinte<sup>(8)</sup>.

A *idade gestacional* acima de 41 semanas constitui outro fator de risco associado à episiotomia ( $RR=1,2$ ), as gestações pós-termo compreendem 12% dos partos estudados, e dessas, 60% receberam uma episiotomia versus 44,5% dos partos pré-termo e 49,6% dos partos a termo. Essa estatística é explicada pela tendência de induzir o parto em partos pós-termo ( $\chi^2=18,085$ ,  $p>0,005$ ) e pela tendência de realizar esses partos com instrumentação ( $\chi^2=36,315$ ;  $p=0,02$ ). Esses dados são interessantes, já que confirmam a existência de uma "cascata de intervenções", quando se interfere na evolução normal do parto. Isso também é confirmado por uma revisão da Cochrane sobre o cuidado perineal, que conclui que o uso da analgesia epidural aumenta a instrumentação do parto e o uso de episiotomia, aumentando o risco de trauma perineal<sup>(9)</sup>.

Na análise do *início do parto* em relação à episiotomia, observamos que os partos que se iniciam espontaneamente têm menor risco de episiotomia do que aqueles que são estimulados ou induzidos. Nossos resultados coincidem com aqueles de outros autores, embora eles o associem à primiparidade<sup>(6)</sup>. O método de indução ou estimulação do parto pode ser feito com ocitocina, e nossos resultados mostram uma tendência de realizar a episiotomia em partos em que a droga é administrada versus partos em que permite-se que a evolução ocorra naturalmente (54,4% vs. 34,4%).

Em relação ao *tipo de finalização do parto vaginal*, a instrumentação pode ser considerada um fator de risco para a episiotomia em comparação ao parto normal (93% vs. 38,7%) ( $RR=1,84$ ). Esse dado coincide com vários autores<sup>(6,10-11)</sup>. O número de episiotomias e partos instrumentados cresce com a complexidade do hospital. O mesmo ocorre para outras especialidades; isso ocorre devido ao encaminhamento de procedimentos complexos a centros com maiores recursos humanos e tecnológicos<sup>(12)</sup>. O hospital estudado apresentou 23,4% de partos instrumentados em 2011 e 24,7% em 2012. O papel da episiotomia de rotina para o parto instrumentado foi pouco estudado e requer mais pesquisa. Parece que o seu uso é justificado pela diminuição de lacerações perineais, especialmente com o uso do fórceps<sup>(13)</sup>.

Outra variável que influencia o uso da episiotomia é o *tipo de analgesia* utilizada durante o parto, especificamente o uso da analgesia epidural. Assim,

observamos que em partos em que a mulher escolhe a epidural como método de alívio da dor, as episiotomias são realizadas mais frequentemente do que naqueles em que nenhuma analgesia é usada, ou em que a analgesia é local (58,4% vs. 30%). Esses resultados coincidem com os de outros autores<sup>(6-7,11,14-16)</sup>. Além disso, essa tendência é observada independentemente da paridade da mulher e da finalização do parto. Em relação ao peso fetal >4.000 g, observamos uma associação com o uso de epidurais e com a realização de episiotomia, aumentando o risco desta em relação a partos com o mesmo peso fetal e sem epidurais (65,8% vs. 26,3%)<sup>(17-18)</sup>.

A *posição materna* durante a fase de expulsão também afeta a realização da episiotomia, estando a posição de litotomia claramente associada a isso, em contraposição a outras posições diferentes (52,2% vs. 30%). Esses resultados coincidem com os de outros autores que também concluíram que posições alternativas (supino, sentada, lateral, em pé, agachada e quadrúpede) estão associadas ao uso menos frequente da episiotomia, concluindo que deveria ser permitido que as mulheres tivessem a opção de dar à luz na posição mais confortável<sup>(6,11)</sup>.

Além disso, os resultados mostraram fatores protetores em relação ao uso da episiotomia, como idade materna e peso fetal.

A *idade materna* superior a 35 anos está associada a uma menor incidência de episiotomia (45,5%) em relação a idades menores (54,4%). Os estudos revisados sugerem que o uso da episiotomia não está associado à idade materna<sup>(10,19-20)</sup>. Talvez essa diferença seja devida ao aumento da idade materna, já que os estudos mencionados anteriormente avaliaram a idade materna até 35 anos e nossos resultados compreendem uma população de 14-53 anos, sendo 25% da amostra com mais de 35 anos. Outros autores não encontraram essa associação de peso do neonato com a realização da episiotomia<sup>(11)</sup>. Pelo contrário, para fetos mais pesados (peso >4.000 g), os resultados mostram um aumento no risco de episiotomia associado à instrumentação do parto ou ao uso da analgesia epidural<sup>(21)</sup>.

Em relação a limitações do estudo, nossa pesquisa teve algumas que devem ser esclarecidas. Em primeiro lugar, possivelmente houve sub-registro de dados clínicos, assim como um tamanho amostral maior de hospitais de níveis diferentes, o que permitiria uma maior generalização dos resultados obtidos.

## Conclusão

A taxa de episiotomia encontra-se acima das recomendações da OMS, que constatou que a episiotomia

não é um procedimento isolado e independente de outras práticas obstétricas. Em vez disso, está associada à prática de determinadas variáveis clínicas que influenciam o aumento na taxa desse procedimento. Essas variáveis são: primiparidade (RR=2,97), posição de litotomia durante a fase de expulsão (RR=6,4), uso de analgesia epidural (RR=1,95), parto instrumentado (RR= 1,84), uso de ocitocina durante o parto (RR=1,58), indução do parto (RR=1,33), e partos pós-termo >41 semanas de gestação (RR=1,2).

Além disso, são fatores protetores contra a realização da episiotomia: peso fetal <2.500 g (RR=0,8) e idade materna >35 anos (RR=0,8). Por si só, o peso fetal >4.000 g não é um fator de risco para a episiotomia, mas associado ao uso de epidural ou partos instrumentados, aumenta o risco.

Com base nos resultados obtidos e como implicação prática do estudo, se desejarmos diminuir a taxa de episiotomia, será necessário ter em mente esses fatores que influenciam a sua prática e estabelecer políticas de redução desse procedimento, consensualmente entre todos os profissionais que assistem a mulher em seu processo de parto.

## Agradecimentos

Ao Diretor Gerente da Área I Múrcia Oeste do Serviço de Saúde de Múrcia, aos funcionários do Hospital Clínico Universitario Virgen de Arrixaca, sem sua autorização este trabalho não seria possível.

## Referencias

1. Sánchez MI. Episiotomía versus desgarro. Revisión de las evidencias científicas. *Enferm Docente*. 2012;97:27-32.
2. Molina-Reyes C, Huete-Morales MD, Sánchez-Perez JC, Ortiz-Albarin MD, Jimenez-Barragan I, Aguilera-Ruiz MA. Implantación de una política de episiotomía selectiva en el Hospital de Baza. Resultados materno-fetales. *Prog Obstetr Ginecol*. 2011; 54:101-8.
3. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal: una guía práctica [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996. Informe técnico del Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. [Acesso 13 dez 2013]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf)
4. Hernandez A, Pascual AI, Baño AB, Melero MR y Molina M. Variabilidad en la tasa de episiotomías y su relación con desgarros perineales graves y morbilidad neonatal. *Enferm Clin*. 2014;24(5):269-75.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de

- Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. 115 p.
6. Raisanen S, Vehvilainen-Julkunen K, Heinonen S. Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery*. 2010;26:348-56. doi: 10.1016/j.midw.2008.07.007
  7. Amorim MM, Franca-Neto AH, Leal NV, Melo FO, Maia SB, Alves JN. Is it possible to never perform episiotomy during vaginal delivery? *Obstet Gynecol*. 2014 May;123 Suppl 1:38S. doi: 10.1097/01.AOG.0000447314.51968.54.
  8. Lurie S, Kedar D, Moaz M, Golan A, Sadan O. Need for episiotomy in a subsequent delivery following previous delivery with episiotomy. *Arch Gynecol Obstet*. 2013;287:201-4. doi: 10.1007/s00404-012-2551-8
  9. Kettle C, Tohill S. Perineal Care. *Clin Evid*. [Internet]. 2011 [Acesso 29 nov 2013]; Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3275301>
  10. Leal NV, Amorim MM, Franca-Neto AH, Leite DF, Melo FO, Alves JN. Factors associated with perineal lacerations requiring suture in vaginal births without episiotomy. *Obstet Gynecol* 2014, 123(Suppl 1):63S-4S.
  11. Hauck YL, Lewis L, Nathan EA, White C, Doherty DA. Risk factors for severe perineal trauma during vaginal childbirth: A western australian retrospective cohort study. *Women Birth*. [Internet]. 2015 [Acesso 11 julho 2015];28(1):16-20. Disponível em: [www.scopus.com](http://www.scopus.com)
  12. Salgado A, Maceira M, López M, Atienza G. Variabilidad del parto en España. Análisis del conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria. *Progr Obstetr Ginecol*. 2010;53:215-22. doi: 10.1016/j.pog.2010.01.003
  13. Chia CC, Huang SC. Third- and fourth-degree perineal laceration in vaginal delivery. *Taiwanese J Obstetr Gynecol*. 2012; 51(1):148-52. doi: 10.1016 / j.tjog.2012.01.035
  14. Friedman AM, Ananth CV, Prendergast E, D'Alton ME, Wright JD. Variation in and Factors Associated With Use of Episiotomy. *JAMA*. 2015;313(2):197-9. DOI: 10.1001 / jama.2014.14774
  15. Selo-Ojeme D, Pathak S, Joshi V. The knowledge, practice and opinion of midwives' in the UK on their training in obstetric perineal repair. *Arch Gynecol Obstet*. [Internet]. 2015 Jun [Acesso 29 jun 2015];291(6):1265-70. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25501836>
  16. Lacross A, Groff M, Smaldone A. Obstetric anal sphincter injury and anal incontinence following vaginal birth: A systematic review and meta-analysis. *J Midwifery Women's Health*. 2015;60(1):37-47.
  17. Funai EF, Norwitz ER. Management of normal labor and delivery. *UpToDate* [Internet]. 2012. [Acesso 13 dez 2013]. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/management-of-normal-labor-and-delivery>.
  18. Oliveira LS, Brito LGO, Quintana SM, Duarte G, Marcolin AC. Perineal trauma after vaginal delivery in healthy pregnant women. *Sao Paulo Med J*. 2014;132(4):231-8.
  19. Wu LC, Malhotra R, Allen Jr. JC, Lie D, Tan TC, Østbye T. Risk factors and midwife-reported reasons for episiotomy in women undergoing normal vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet*. 2013;288(6):1249-56.
  20. De Carvalho CCM, Souza ASR, Moraes OB Filho. Prevalence and factors associated with practice of episiotomy at a maternity school in Recife, Pernambuco, Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(3):333-9.
  21. Schmitz T, Alberti C, Andriess B, Moutafoff C, Oury J-, Sibony O. Identification of women at high risk for severe perineal lacerations. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2014;182:11-5.

Recebido: 29.7.2014

Aceito: 4.7.2015

Correspondência:

Carmen Ballesteros Meseguer  
 Universidad de Murcia. Facultad de Enfermería  
 Campus Universitario de Espinardo  
 Edificio 23. Espinardo  
 30100, Murcia, España  
 E-mail: carmenbm@um.es

**Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.