

Relação entre primiparidade e episiotomia em pacientes atendidas em uma maternidade de alto risco da Região Norte do Brasil

Relationship between primiparity and episiotomy in patients attended to in a high-risk maternity ward of the North Region of Brazil

Antônio Sérgio Farias Alves¹, Clara Mariana Costa do Nascimento¹

Resumo Objetivo: Este trabalho visa estudar a correlação entre primiparidade e realização de episiotomia durante o trabalho de parto, bem como a correlação entre a realização de episiotomia em primíparas e a ocorrência de lesões perineais graves (3º e 4º grau), em pacientes atendidas em uma maternidade de alto risco da Região Norte do Brasil, entre janeiro de 2018 a janeiro de 2019. **Método:** Estudo transversal, descritivo e observacional, onde 376 prontuários de pacientes de 15 a 35 anos e peso do recém-nascido entre 2000 e 3999 gramas que tiveram parto vaginal na instituição estudada foram selecionados aleatoriamente e analisados quanto a paridade, realização de episiotomia e grau de laceração perineal, se houve. Foi calculado o Risco Relativo (RR) de realização de episiotomia nas gestantes em geral e o de surgimento de lacerações perineais com e sem episiotomia em primíparas. **Resultados:** De 282 pacientes primíparas, 81 (28,73%) foram submetidas ao procedimento de episiotomia, em comparação com 4 (4,25%) de 94 pacientes múltíparas. Dentre as primíparas que receberam episiotomia, nenhuma evoluiu com lacerações perineais graves, e dentre as que não receberam (201), apenas 3 (1,46%) evoluíram com lacerações perineais graves. **Conclusão:** Observou-se que primiparidade é fator de risco para a realização de episiotomia, e que o procedimento não teve significância estatística na prevenção de lesões perineais graves em primíparas. O impacto dos resultados ajudará a refletir sobre como é tratada a paciente primípara desta região e permitirá o aperfeiçoamento da assistência materna, estabelecendo metas para diminuir as taxas de uso de episiotomia.

Descritores: episiotomia; períneo; gravidez; parto obstétrico.

Summary Purpose: This study aims to evaluate the relationship between primiparity and episiotomy during labor, and the correlation between episiotomy in primiparous women and the occurrence of severe perineal trauma (3rd to 4th degree), in patients attended to in a high-risk maternity ward of the North Region of Brazil, from January 2018 to January 2019. **Methods:** Cross-sectional, descriptive, observational study, where 376 medical records from patients ranging from 15 to 35 years of age and fetal weight upon delivery ranging from 2000 and 3999 grams, who had a vaginal delivery at the institution, were randomly selected and analyzed through variables such as parity, execution of episiotomy and degree of perineal trauma. The Relative Risk (RR) was assessed for the execution of episiotomy among patients and for the development of perineal trauma, with and without episiotomy, among primiparous patients. **Results:** Out of 282 primiparous patients, 81 (28,73%) were submitted to episiotomy, in comparison with only 4 (4,25%) out of 94 multiparous women. Among primiparous women who underwent episiotomy (81), none developed severe perineal lacerations, and among those who did not undergo the procedure (201), only 3 (1,46%) developed severe perineal lacerations. **Conclusion:** It was found that primiparity is a risk factor for the execution of episiotomy, and that the procedure does not have statistical relevance in the prevention of severe perineal trauma in primiparous women. The impact of the results will help to reflect upon how the primiparous patient is treated, and will allow the improvement of the maternal assistance, establishing goals to diminish episiotomy rates.

Keywords: episiotomy; perineum; pregnancy; obstetric delivery.

¹Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – FSCMPA, Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia, Belém, PA, Brasil

Fonte de financiamento: Nenhuma.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Recebido: Janeiro 08, 2020

Aceito: Setembro 21, 2020

Trabalho realizado na Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – FSCMPA, Belém, PA, Brasil.

 Copyright Alves et al. Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença [Creative Commons Attribution](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Introdução

Com exceção do pinçamento e secção do cordão umbilical, a episiotomia é o procedimento mais comumente realizado durante o parto vaginal. Trata-se de uma incisão cirúrgica na região da vulva que visa ampliar a abertura da região vulvoperineal no momento do desprendimento da cabeça do bebê¹. Existem diferentes tipos de episiotomia, como a lateral, a mediolateral e a mediana. A lateral é proscrita devido a alta vascularização local e risco aumentado de lesionar o músculo levantador do ânus. A mais realizada é a mediolateral, e abrange pele, mucosa vaginal, aponeurose superficial do períneo e fibras dos músculos bulbocavernoso e transversos superficiais do períneo².

Segundo Zugaib³, as lacerações perineais em obstetrícia ocorrem em decorrência do trabalho de parto e dividem-se de acordo com o grau. Primeiro grau é a lesão que compromete pele e mucosa vaginal; segundo grau atinge pele, mucosa vaginal, músculo transversos superficiais do períneo e bulbocavernoso; terceiro grau atinge também o músculo esfíncter externo do ânus e quarto grau acomete esfíncter interno do ânus e mucosa retal.

A justificativa para o uso rotineiro da episiotomia baseia-se na prevenção de trauma perineal severo, danos ao assoalho pélvico, prolapso e incontinência urinária. As indicações seriam sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do trabalho de parto e ameaça de laceração de 3º e 4º grau. Porém, diversos estudos contestam essas indicações, sugerindo que não há evidência científica que suporte o uso rotineiro da episiotomia^{2,4}, afirmando que adotar este procedimento não reduz risco de lacerações de 3º e 4º grau e não melhora escores de Apgar, podendo, na verdade, aumentar a perda sanguínea materna e não influenciar na diminuição de incontinência urinária, dispareunia e dor perineal¹. A parturiente primípara está mais predisposta a sentir dor perineal se presentes um ou mais traumas, e a episiotomia é fator importante de causa de dor perineal⁵. A episiotomia na primípara pode, inclusive, ter o efeito indesejado de aumentar o risco de lacerações profundas de períneo^{2,6}.

É importante ressaltar as possíveis intercorrências envolvendo a realização deste procedimento, dentre as quais: infecção, dor local, edema, hematomas, deiscência de ferida operatória, abscesso, e formação de fistula retovaginal¹. A dor perineal após episiotomia tem sido a causa mais comum de morbidade materna no período pós parto, sendo frequentemente esquecida ou ignorada pelos profissionais envolvidos na prática da assistência.

A episiotomia foi introduzida como um procedimento sem evidência científica suficiente respaldando seu uso, e atualmente estudos sugerem fortemente a indicação seletiva como forma de minimizar seus riscos para a paciente⁷. Portanto, a adoção de uma técnica limitada e sem embasamento nas boas práticas de assistência à gestante é potencialmente danoso.

Com o propósito de melhorar a qualidade do atendimento e renovar políticas de assistência à saúde, este trabalho estudou a correlação entre primiparidade e a realização de episiotomia durante o trabalho de parto, bem como a correlação entre a realização de episiotomia em primíparas e o diagnóstico de lesões perineais graves (3º e 4º grau), em pacientes atendidas em uma maternidade de alto risco da Região Norte do Brasil, no período de janeiro de 2018 a janeiro de 2019.

Método

Este estudo foi transversal, retrospectivo e observacional, realizado a partir de dados coletados do prontuário eletrônico de pacientes da instituição proponente. A população constituiu-se de pacientes que tiveram parto vaginal no período de janeiro de 2018 a janeiro de 2019. Neste período, ocorreram cerca de 5000 partos vaginais na instituição.

Foram incluídas no estudo pacientes entre 15 e 35 anos; com peso do recém-nascido imediatamente após o parto entre 2000 e 3999 gramas; pacientes com gestações únicas, apresentação cefálica.

Foram excluídas do estudo pacientes apresentando malformações fetais (gastrosquise, anencefalia, hidrocefalia, onfalocele, dentre outros diagnósticos com comprometimento da formação fetal); partos instrumentalizados (com uso de fórceps); pacientes com diagnóstico de óbito fetal intrauterino; macrosomia fetal (acima de 4000 gramas); gestações múltiplas; pacientes que apresentaram parto em trânsito; prontuários incompletos ou preenchidos incorretamente.

Foram selecionados 367 prontuários de forma aleatória, com o auxílio do programa BIOESTAT 5.0® (amostra adequada para intervalo de confiança 95%), e foram coletadas as seguintes variáveis, utilizando formulário

confeccionado pelos autores: idade, paridade (sob formato $G_n P_n A_n$), peso do feto em gramas, realização de episiotomia, presença de lacerações de canal de parto e grau de laceração perineal (1º, 2º, 3º e 4º graus), se houve. Para fins práticos, foram designadas “lacerações perineais graves” as lacerações de 3º e 4º graus (que acometem musculatura anal e mucosa retal, respectivamente). A técnica de episiotomia preconizada tanto pela equipe médica e de enfermagem na instituição pesquisada a é a mediolateral direita⁸.

A avaliação dos resultados obtidos foi realizada por meio de testes estatísticos Qui-Quadrado, para determinação do coeficiente de relação entre as variáveis, e pelo Risco Relativo (RR), para determinação do risco comparativo dentre as pacientes da amostra. Foi considerado nível de confiança de 95% para o presente estudo ($<0,05$). Foram utilizados os programas BIOESTAT 5.0® para análise estatística e Microsoft Excel 2010® para confecção do banco de dados, tabelas e gráficos.

A pesquisa ocorreu segundo os preceitos da Declaração de Helsinki e do Código de Nuremberg, respeitando as Normas de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Res. CNS 466/12) do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente, descrito no parecer #3.749.287 (06 de dezembro de 2019) e CAAE #25670619.4.0000.5171. A coleta de dados ocorreu após aprovação do CEP, tendo assinado os autores um Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) para análise de prontuários. Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Resultados

Tabela 1. Taxas de episiotomia em primíparas e múltiparas em uma maternidade de alto risco da Região Norte, no período de janeiro de 2018 a janeiro de 2019

Todas as pacientes	Com episiotomia		Sem episiotomia		Total Geral	
	N	%	N	%	N	%
Primíparas	81	28,73	201	71,27	282	100
Múltiparas	4	4,25	90	95,75	94	100
Total Geral	85	22,60	291	77,40	376	100

RR 6,75; IC 95%; 2,54-17,90. $p<0,05$ (Qui-Quadrado). Fonte: Banco de dados.

Tabela 2. Relação entre episiotomia e ocorrência de laceração perineal em primíparas em uma maternidade de alto risco da Região Norte, no período de janeiro de 2018 a janeiro de 2019

Primíparas	Com laceração perineal		Sem laceração perineal		Total geral	
	N	%	N	%	N	%
Com episiotomia	2	2,46	79	97,54	81	100,00
Sem episiotomia	111	55,22	90	44,78	201	100,00
Total geral	113	40,07	169	59,93	282	100,00

RR 0,04; IC 95%; 0,01-0,17. $p<0,05$ (Qui-Quadrado). Fonte: Banco de dados.

Tabela 3. Relação entre episiotomia e ocorrência de laceração perineal de 3º ou 4º grau em primíparas em uma maternidade de alto risco da Região Norte, no período de janeiro de 2018 a janeiro de 2019

Primíparas	Com laceração de 3º/4º grau		Sem laceração de 3º/4º grau		Total geral	
	N	%	N	%	N	%
Com episiotomia	0	0,00	81	100,00	81	100,00
Sem episiotomia	3	1,49	192	98,51	201	100,00
Total geral	3	1,06	279	98,94	282	100,00

RR 0,34; IC 95%; 0,01-6,53. $p=0,47$ (Qui-Quadrado). Fonte: Banco de dados.

Discussão

Dentre todas as pacientes estudadas (376), incluindo primíparas e múltiparas, 85 (22,60%) foram submetidas à episiotomia (vide Tabela 1). A paciente primípara, durante o período estudado, apresentou um risco quase sete vezes maior de ser submetida à episiotomia do que pacientes já submetidas a pelo menos um parto vaginal (RR 6,75; IC 95%; 2,54-17,90). A primiparidade é vista como um fator de risco para episiotomia por diversos autores^{2,5,9,10}, podendo inclusive aumentar significativamente o risco de nova episiotomia em partos subsequentes^{9,11}.

Em estudo conduzido por Francisco et al.⁵, em uma maternidade do Brasil, mulheres sem parto vaginal prévio foram três vezes mais suscetíveis ao procedimento em comparação com mulheres que já tiveram pelo menos um parto vaginal, enquanto mulheres com pelo menos três partos vaginais configuraram um grupo com baixa incidência de episiotomia (3,37%), corroborando o achado deste trabalho.

Os motivos alegados para execução da episiotomia são diversos e difundidos na comunidade médica, incluindo abreviação do trabalho de parto, macrossomia fetal, redução de trauma perineal severo, e especificamente em primíparas, a diminuição da elasticidade dos músculos perineais^{2,10}. Porém, primiparidade não deve ser indicação absoluta de episiotomia, e sim exigir maior atenção da equipe por maior predisposição de laceração perineal neste grupo¹².

Salge et al.¹⁰ ressalta que a prática da episiotomia é menos comum quando há preocupação com a humanização do atendimento à parturiente. Entretanto, a insegurança do profissional em implementar práticas baseadas em evidências é um fator limitante de mudanças no sistema de saúde⁵. O discurso de que o parto vaginal é danoso é reproduzido por profissionais de saúde, familiares e até mesmo entre as gestantes¹³.

De acordo com os dados presentes na Tabela 2, podemos observar que a episiotomia é um fator protetor para lacerações perineais em geral, de qualquer grau, em primíparas (RR 0,04; IC 95%; 0,01-0,17). Deve-se, no entanto, tomar cuidado com a interpretação destes dados, pois levando em consideração a natureza traumática do procedimento de episiotomia, que secciona estruturas até a nível muscular, ela em si pode ser considerada uma laceração de 2º grau. Segundo Pitanguy et al.¹⁴, as chances de complicações em uma mulher submetida à episiotomia são maiores quando comparadas às mulheres com outros traumas perineais naturais do parto. Considerando também a frequência da ocorrência de lacerações perineais graves (cerca de 1,06% dentre todos os partos de primíparas), não há razão em preconizar um procedimento mais invasivo, com maior potencial de complicações, no intuito de prevenir lesões perineais graves com uma baixa taxa de ocorrência.

Técnicas de prevenção, como mudança de posição durante o parto, redução do uso indiscriminado de ocitocina, puxo espontâneo, suporte emocional, massagem perineal no fim da gestação, avaliação de tônus e distensibilidade de musculatura perineal durante pré-natal são medidas sabidamente mais eficazes na prevenção de lacerações perineais^{2,4,12}.

Quanto à prevenção de trauma perineal severo, estudos afirmam não haver redução significativa deste risco quando praticada a episiotomia. Na literatura há, inclusive, dados demonstrando que esta medida aumenta o risco de lacerações profundas de períneo em primíparas, e o uso seletivo diminuiria esta incidência^{2,6}.

Nesta pesquisa, observou-se que dentre as pacientes primíparas não submetidas à episiotomia (201), 3 pacientes (1,49%) evoluíram com lacerações perineais graves. Já dentro do grupo de primíparas submetidas ao procedimento, nenhuma apresentou laceração perineal grave (RR 0,34; IC 95%; 0,01-6,53). Muito embora estes dados evidenciem a episiotomia como fator de proteção, o cálculo do Qui-Quadrado determina uma fraca associação entre as variáveis, provavelmente devido ao tamanho da amostra e a baixa frequência do desfecho em questão (vide Tabela 3). Rodriguez et al.⁶ realizou estudo na Colômbia evidenciando que, de um grupo de 223 pacientes que receberam episiotomia de rotina, 32 (14,30%) evoluíram com lacerações perineais graves, em comparação com 15 (6,80%) de 222 pacientes que receberam episiotomia seletiva. Apesar do estudo de Rodriguez et al. apresentar divergências com os dados evidenciados nesta presente pesquisa, deve-se ressaltar que a técnica empregada rotineiramente de episiotomia na Colômbia é a mediana, que consiste em um corte vertical no períneo em direção ao ânus, e que está associada a maiores chances de lacerações perineais graves em comparação a episiotomia mediolateral direita, preconizada na instituição pesquisada¹⁵⁻¹⁷.

A capacitação da equipe médica é vital para estabelecer boa assistência ao parto vaginal com embasamento em evidências científicas. Sessões de discussão de caso, cursos de capacitação, estímulo diário de boas

práticas são medidas úteis para melhorias nos índices da maternidade, e assim alcançar melhores taxas de episiotomia na instituição estudada^{4,9}.

Um fator que cada vez mais se evidencia na prática obstétrica é a crescente inclusão de planos de parto por opção das parturientes. As mulheres que decidem como querem conduzir seu parto estão em pleno direito de se recusar a receber uma episiotomia, sejam quais forem as indicações. Não há recomendação de urgência obstétrica que preconize a episiotomia, portanto a realização do procedimento depende integralmente da autorização da paciente¹⁸.

A análise de alguns dos fatores que influenciam no prognóstico do parto vaginal e episiotomia, bem como verticalização do parto, puxo controlado pelo operador, indução com misoprostol, número de toques até o parto, dentre outros, foi limitada devido ao mau preenchimento dos prontuários. Apenas uma pequena parcela da amostra preencheu uma justificativa em boletim operatório, registrando como motivo de episiotomia o “período expulsivo prolongado”. Pela escassez na descrição, não utilizamos estes dados na pesquisa.

Sugere-se expandir o estudo da episiotomia na instituição pesquisada, buscando novos fatores que possam contribuir para desfechos indesejáveis no parto. A rotineira nota operatória realizada no pós-parto das gestantes poderia ser substituída por ficha padronizada e de fácil preenchimento, contendo dados sobre a posição da paciente, utilização de métodos, medicações e instrumentais, características físicas do feto, peso e IMC da paciente, presença ou não de acompanhante, justificativa de realização de procedimentos, dentre outros dados importantes para a caracterização mais completa do parto. Esses dados norteariam a implantação de protocolos de manejo da paciente em trabalho de parto mais eficientes e que diminuíssem com mais eficácia as taxas de episiotomia na instituição pesquisada.

Conclusão

A frequência de episiotomia é maior em primíparas do que multíparas, permitindo inferir que a primiparidade é um fator de risco para uma gestante ser submetida a este procedimento na instituição pesquisada. A realização da episiotomia em primíparas não se mostrou como fator de proteção de adequada relevância estatística contra traumas perineais severos de 3º ou 4º grau. Portanto, outros fatores devem ser estudados dentro desta temática, para auxiliar no planejamento da assistência adequada e humanizada ao parto vaginal de pacientes primíparas, a fim de evitar desfechos desfavoráveis e permitir que a mulher sintase acolhida no momento de seu parto.

Referências

1. Pereira GV, Pinto FA. Episiotomia: uma revisão de literatura. *Ens Cienc* [Internet]. 2011 [citado em 2019 nov 17];15(3):183-96. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26021120015>
2. Oliveira SMJV, Miquilini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Rev Esc Enferm USP*. 2005 set;39(3):288-95. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000300006>. PMID:16323599.
3. Zugaib M. *Obstetrícia*. 3. ed. Barueri: Manole; 2016. p. 383.
4. World Health Organization. WHO recommendation on episiotomy policy [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado em 2019 nov 17]. Disponível em: <https://extranet.who.int/topics/care-during-childbirth>
5. Francisco AA, Kinjo MH, Bosco CS, Silva RL, Mendes EPB, Oliveira SMJV. Association between perineal trauma and pain in primiparous women. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(spe):39-44. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600006>.
6. Rodriguez A, Arenas EA, Osorio AL, Mendez O, Zuleta JJ. Selective vs. routine midline episiotomy for the prevention of third- or fourth-degree lacerations in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198(3):285.e1-4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2007.11.007>. PMID:18221925.
7. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Recomendações FEBRASGO parte II: episiotomia [Internet]. 2016 [citado em 2019 jul 10]. Disponível em: www.febRASGO.org.br/pt/noticias/item/715-recomendacoes-febrasgo-parte-ii-episiotomia
8. Luz MGQ, Leal DO, Francês GP. *Obstetrícia em tópicos*. Belém: Ximango; 2019. p. 14-18.
9. Mellizo-Gaviria AM, López-Veloz LM, Montoya-Mora R, Ortiz-Martínez RA, Gil-Walteros CC. Frequency of episiotomy and complications in the obstetrics service of Hospital Universitario San José, Popayán (Colombia), 2016: exploration of maternal and perinatal factors associated with its performance. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2018;69(2):88-97. <http://dx.doi.org/10.18597/rcog.3030>.

10. Salge AKM, Lôbo SF, Siqueira KM, Silva RCR, Guimarães JV. Prática da Episiotomia e fatores maternos e neonatais relacionados. *Rev Eletr Enf.* 2012;14(4):779-85. <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i4.17538>.
11. 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 Lat Am Enfermagem.* 2016;24:e2793. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0334.2686>. PMID:27224064.
12. Corrêa Jr MD, Passini Jr R. Selective episiotomy: indications, technique, and association with severe perineal lacerations. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2016 jun;38(6):301-7. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0036-1584942>. PMID:27399925.
13. Borges AP, Silva ALR, Correa ÁCP, Nakagawa JTT. Caracterização da assistência ao parto em adolescentes primigestas no município de Cuiabá-MT. *Cienc Cuid Saúde.* 2016;15(2):212-9. <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i2.29474>.
14. Pitangui ACR, Sousa L, Ferreira CHJ, Gomes FA, Nakano AMS. Mensuração e características da dor perineal em primíparas submetidas à episiotomia. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(1):77-82. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000100013>.
15. Eogan M, Daly L, O'Connell PR, O'Herlihy C. Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? *BJOG.* 2006;113(2):190-4. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.2005.00835.x>. PMID:16411997.
16. Sooklim R, Thinkhamrop J, Lumbiganon P, Prasertcharoensuk W, Pattamadilok J, Seekorn K, et al. The outcomes of midline versus medio-lateral episiotomy. *Reprod Health.* 2007;4(1):10. <http://dx.doi.org/10.1186/1742-4755-4-10>. PMID:17967168.
17. Poen A, Felt-Bersma R, Dekker G, Deville W, Cuesta M, Meuwissen S. Third-degree obstetric perineal tears: risk factors and the preventative role of mediolateral episiotomy. *Br J Obstet Gynaecol.* 1997;104(5):563-6. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-0528.1997.tb11533.x>. PMID:9166198.
18. Silva ALNV, Neves AB, Sgarbi A, Souza RA. Plano de parto: ferramenta para o empoderamento de mulheres durante a assistência de enfermagem. *Rev Enferm UFSM.* 2017;7(1):144. <http://dx.doi.org/10.5902/2179769222531>.

Autor correspondente

Antônio Sérgio Farias Alves
Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará – FSCMPA
Tv. Dom Romualdo de Seixas, 867, Apt 802, Bairro Umarizal
CEP 66050-110, Belém, PA, Brasil
Tel.: (91) 3230-4419/(91) 98222-4241
E-mail: antoniosergio12@hotmail.com

Informação sobre os autores

ASFA e CMCN são residentes concluintes do Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA).

Contribuição dos autores

ASFA e CMCN foram responsáveis pela elaboração da hipótese, confecção do pré-projeto, coleta dos dados, análise da literatura, confecção do artigo final e revisões ortográficas pertinentes

Todos os autores leram e aprovaram a versão final submetida ao Pará Research Medical Journal.