ELIAS FERREIRA DE MELO JÚNIOR

Episiotomia seletiva: Freqüência e fatores associados

Recife
2005

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

ELIAS FERREIRA DE MELO JUNIOR

Episiotomia seletiva: Freqüência e fatores associados

Dissertação apresentada ao Colegiado do Curso de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente do Departamento Materno Infantil do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora:
Profª Dra. Marília de Carvalho Lima

RECIFE
2005

Melo Júnior, Elias Ferreira de
Episiotomia seletiva : freqüência e fatores associados / Elias Ferreira de Melo Júnior. – Recife : O Autor, 2005.
65 folhas : il., fig., tab.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde da Criança e do Adolescente, 2005.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Saúde da criança e do adolescente – Saúde materno-infantil. 2. Episiotomia – Serviço público brasileiro – Prática e prevalência – Fatores determinantes. 3. Trabalho de parto – Episiotomia – Indicações clínicas para a aplicação. I. Título.

616-089.888	**CDU (2.ed.)**	**UFPE**
618.85	**CDD (22.ed.)**	**BC2005-526**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

REITOR

Prof. Dr. Amaro Henrique Pessoa Lins

VICE-REITOR

Prof. Dr. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

PRÓ-REITOR DA PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Celso Pinto de Melo

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DIRETOR

Prof. Dr. José Thadeu Pinheiro

COORDENADOR DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS

Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva

DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL

CHEFE

Prof. Salvio Freire

CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

COLEGIADO

Profa. Dra. Marília de Carvalho Lima (Coordenadora)
Profa. Dra. Sônia Bechara Coutinho (Vice-Coordenadora)
Profa. Dra. Gisélia Alves Pontes da Silva
Profa. Dra. Emília Pessoa Perez
Prof. Dr. Pedro Israel Cabral de Lira
Prof. Dr. Ricardo Arraes de Alencar Ximenes
Profa. Dra. Mônica Maria Osório de Cerqueira
Prof. Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho
Profa. Dra. Sílvia Wanick Sarinho
Profa. Dra. Maria Clara Albuquerque
Profa. Dra. Sophie Helena Eickmann
Profa. Dra. Ana Cláudia Vasconcelos Martins de Souza Lima
Prof. Dr. Alcides da Silva Diniz
Profa. Dra. Luciane Soares de Lima
Profa Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos
Cristiana Maria Macedo de Brito (Representante discente)

SECRETARIA

Paulo Sergio Oliveira do Nascimento

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DA MESTRANDO: ELIAS FERREIRA DE MELO JÚNIOR

No dia 12 de Agosto de 2005, às 08:30 horas, na Sala 06 do Departamento de Enfermagem do CCS/UFPE, os Profs. Sônia Bechara Coutinho(DO- Depto. Materno-Infantil-UFPE), membro interno; Sálvio Freire(DO-Depto. Materno-Infantil-UFPE), membro externo; e João Sabino de Lima Pinho Neto(DO-Depto. Materno-Infantil - UFPE), membro externo; componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, arguiram o Mestrando **ELIAS FERREIRA DE MELO JÚNIOR** sobre a sua dissertação intitulada: "Episiotomia seletiva: freqüência e fatores associados", orientada pela Profa. Marília de Carvalho Lima (DO-Depto. Materno-Infantil-UFPE), na linha de pesquisa Determinantes da morbimortalidade do feto e do recém-nascido.

Ao fim da arguição de cada membro da Banca Examinadora e respostas do Mestrando, as seguintes menções foram publicamente fornecidas:

Profa. Sônia Bechara APROVADO
Prof. Sálvio Freire APROVADO
Prof. João Sabino APROVADO

Recife, 12 de Agosto de 2005

Profa. Sônia Bechara Coutinho

Prof. Sálvio Freire

Prof. João Sabino de Lima Pinho Neto

Dedicatória

Dedico este trabalho ao paradigma pernambucano da obstetrícia baseada em evidências, o ilustre Professor Sálvio Freire, meu querido mentor e amigo de todas as horas.

Agradecimentos

Esta dissertação não seria possível sem o concurso de numerosas pessoas:

Em primeiro lugar, aos meus pais, os agradecimentos por uma vida de renúncias para aprimoramento dos filhos.

A Adriana, luz da minha vida, pela paciência incansável.

A minha orientadora, Professora Marília, pelos inestimáveis conselhos.

Ao professor Olímpio, pelo exemplo de vida.

A todos os funcionários do Hospital das Clínicas, pela dedicação a toda prova.

Non nobis Domine,

non nobis sed nomini tuo da gloriam

(Salmo 113:9, Vulgata)

Sumário

LISTA DE TABELAS **09**

RESUMO **10**

ABSTRACT **12**

1 – INTRODUÇÃO **14**

2 – REVISÂO DA LITERATURA - **18**
Episiotomia : perspectiva atual

Resumo 20
Abstract 21
Introdução 22
Principais indicações da episiotomia 27
Tipos de incisão 27
Proteção perineal 28
Prevenção da incontinência 31
Prevenção do tocotraumatismo 33
Tratamento das distócias 34
Prevenção da disfunção sexual 35
Complicações da episiotomia 36
Conclusões 37
Referências bibliográficas 38

3 – ARTIGO ORIGINAL 43
Avaliação da prática da episiotomia seletiva no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
Resumo 45
Abstract 46
Introdução 47
Pacientes e Métodos 49
Local do estudo 49
Desenho do estudo 49
Coleta dos dados 50
Processamento e Análise dos Dados 50
Aspectos Éticos 51
Resultados 51
Discussão 54
Referências bibliográficas 58

4– CONSIDERAÇÕES FINAIS 61

5 – ANEXOS - 64

Lista de Tabelas

Artigo Original

	Tabelas	p.
Tabela 1	Características maternas e sua associação com a realização de episiotomia no HC- UFPE, 2000.	52
Tabela 2	Características neonatais e sua associação com a realização de episiotomia no HC-UFPE, 2000.	53
Tabela 3	Variáveis relacionadas à assistência ao parto e sua associação com a realização de episiotomia no HC-UFPE, 2000.	54

Resumo

Introdução: A episiotomia é o procedimento obstétrico mais realizado no mundo todo. Historicamente, seu uso foi iniciado sem comprovação científica de sua efetividade, baseado apenas na opinião de especialistas. Foi sugerido que o procedimento preveniria a ocorrência de lacerações de III e IV graus e o relaxamento perineal, diminuindo a possibilidade de disfunção sexual e a incontinência urinária e fecal decorrente. Além de tudo, haveria a substituição de uma laceração irregular por um corte cirúrgico de mais fácil reparação e cicatrização. A episiotomia também preveniria o sofrimento fetal, ao diminuir a duração do período expulsivo, evitando a ocorrência de asfixia neonatal, trauma craniano, hemorragia cerebral e retardo mental, além de proteger os fetos prematuros da excessiva pressão causada por um períneo excessivamente distendido. Seu uso também se impôs nos partos operatórios e nos distócicos. Com a medicalização do parto, ocorrida sobretudo no início do século XX, o procedimento tornou-se rotineiro, alcançando uma prevalência de mais de 90% em alguns países.

Objetivos: Revisar os conhecimentos atuais sobre episiotomia disponíveis na literatura e verificar sua prevalência no Hospital das Clínicas da UFPE, quando da implantação da norma de episiotomia seletiva, bem como os fatores associados a esse procedimento.

Métodos: Foi realizada revisão da literatura médica através dos bancos de dados do MEDLINE, SCIELO e LILACS com as palavras-chave episiotomia e fatores determinantes, no período de 2000 a 2005. Foram selecionados estudos com metodologia científica adequada e também revisões sistemáticas. Realizou-se

também estudo transversal em uma amostra de 323 mulheres submetidas a parto normal, com feto vivo, durante os meses de junho a agosto de 2000.

Resultados: A literatura consultada demonstra a necessidade de realização da episiotomia apenas sob indicações obstétricas precisas, rejeitando seu uso rotineiro e indiscriminado. A prevalência encontrada de episiotomia no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco foi de 37,8% no período estudado. Verificou-se um percentual significativamente mais elevado de episiotomia entre as adolescentes, as primigestas e durante o plantão diurno. Não se verificou associação significativa entre a realização de episiotomia e os fatores relacionados ao recém-nascido e ao profissional responsável pela assistência.

Conclusão: A despeito das recomendações da literatura, observamos uma freqüência da episiotomia acima da recomendação internacional. O presente estudo evidencia a necessidade de incrementar a prática profissional no sentido de diminuir a realização da episiotomia.

Palavras-chave: episiotomia, paridade, gravidez

Abstract

Selective episiotomy: frequency and associated factors

Introduction: Episiotomy is the commonest obstetric procedure worldwide. Historically, its practice began without scientific evidence of its effectiveness, based solely on experts' opinions. It was suggested that this procedure would prevent the occurrence of third and fourth-degree lacerations and perineal relaxation, decreasing the possibility of sexual disfunction and subsequent urinary and fecal incontinence. Besides, an irregular laceration would be changed for a surgical cut, easier to repair and to heal. An episiotomy would also prevent fetal injury, as it diminishes the duration of the expulsive period, avoiding neonatal asphyxia, cranial trauma, cerebral hemorrhage and mental retardation, besides protecting premature infants from excessive pressure caused by an excessively distended perineum. Its use was also imposed upon operative and distocic birth. With the medicalization of birth, specially in the beginning of the 20th century, the procedure became routine, reaching a prevalence of over 90% in some countries.

Objectives: Revise the current knowledge on episiotomy available on the literature and verify its prevalence in Hospital das Clínicas da UFPE in the beginning of the selective episiotomy norm and factors associated with this procedure.

Methods: A medical literature review was made through the data banks MEDLINE, SCIELO and LILACS with the keywords episiotomy and determining factors, in the period from 2000 to 2005. Studies with adequate methodology were selected and also systematic reviews. A transversal study was also realized in a sample of 323 women submitted to normal labor with a live infant, from June to August 2000.

Results: The available data demonstrates the need of episiotomy only under precise obstetric indications, rejecting its routine and indiscriminate use. The encountered episiotomy prevalence was 37.8% in the period of the study. It was observed significantly higher episiotomy prevalence among teenagers, primigestas and during daytime. It was not observed a significant association between episiotomy and factors associated to the newborn and the professional responsible for the assistance.

Conclusion: In spite of what the literature recommends, we observed a higher episiotomy frequency than the international recommendation. The present study shows the need to increment the professional practice aiming to decrease the realization of episiotomy.

Keywords: episiotomy, parity, pregnancy.

1 - INTRODUÇÃO

1 – Introdução

Ao longo da história da Medicina, há inúmeros casos de mudanças nas práticas assistenciais arraigadas, após as evidências acumularem-se no sentido de destronar velhos dogmas presentes na rotina do atendimento. A episiotomia é um exemplo clássico de um paradigma artificialmente estabelecido, sem nenhum respaldo em pesquisas científicas, apenas pela opinião de médicos eminentes. O progressivo translado dos partos dos domicílios para os hospitais, iniciado no século XIX e acelerado pelos fantásticos avanços da ciência no século seguinte, contribuiu decisivamente para a crença no intervencionismo crescente, na medicalização do parto, contribuindo para a aceitação da episiotomia como procedimento de rotina.

Era opinião corrente entre os grandes obstetras americanos e europeus, na virada do século XX, que a episiotomia contribuiria decisivamente para a obtenção de um parto mais seguro e um melhor futuro reprodutivo – na forma de melhor qualidade de vida – para as mulheres. Acreditava-se que a episiotomia substituiria as lacerações irregulares e imprevisíveis do períneo por um corte limpo e regular, de mais fácil reparo e cicatrização. Haveria menor número de lesões do esfíncter e de fístulas vésico-vaginais.

O conhecimento obtido através de pesquisas metodologicamente corretas derrubou mais esse dogma do conhecimento tradicional em meados dos anos 90, demonstrando a necessidade de realização da episiotomia apenas em indicações apropriadas. Os hospitais passaram a adotar a prática da episiotomia

seletiva, como política administrativa. A prática de restrição da episiotomia começou a ser adotada no início dos anos 80, em alguns hospitais, como o da Universidade da Califórnia, em São Francisco.

Todos os Serviços que adotaram essa prática seletiva tiveram bons resultados na assistência às mulheres em trabalho de parto. Não obstante, há grande restrição dos médicos em geral e de obstetras mais antigos em relação a adotar o conhecimento oriundo das evidências científicas. Lamentavelmente, percebe-se uma grande resistência à adoção de novas práticas assistenciais, principalmente quando contrárias a velhos dogmas. Mesmo após intensos esforços de sensibilização, a episiotomia como procedimento de rotina parece imorredoura, pois, passados alguns meses, os obstetras tendem a voltar às velhas práticas. A resistência às mudanças vem da desconfiança generalizada na Medicina Baseada em Evidência, com a percepção de que é um fardo imposto por epidemiologistas divorciados da prática clínica diária.

No Hospital das Clínicas, em abril de 2000, foi iniciada a prática da episiotomia seletiva, através da constatação das inúmeras evidências que apoiavam essa mudança de paradigma. Foi implantada na pauta assistencial através de reuniões científicas e da exposição dos critérios adotados para sua indicação em locais bem visíveis na Maternidade.

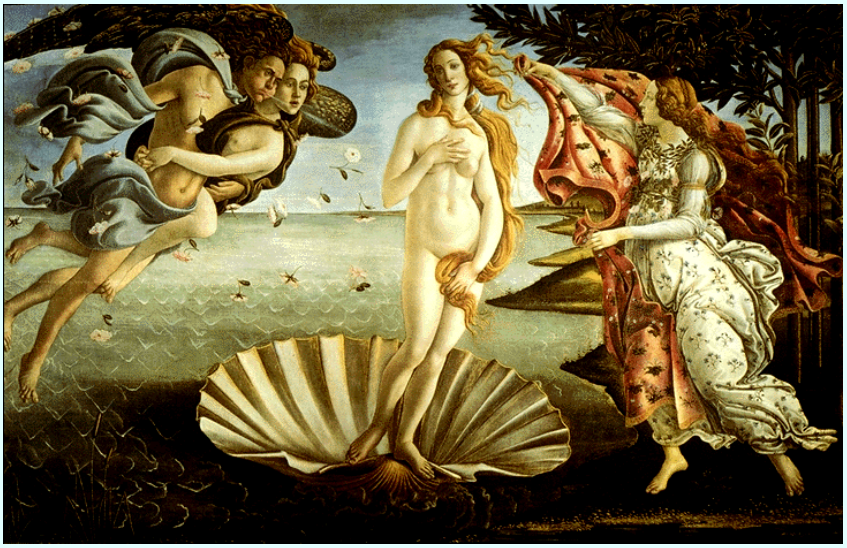
A presente dissertação de mestrado está estruturada em duas partes. Na primeira, foi feita uma revisão das evidências científicas sobre a episiotomia. através dos bancos de dados do MEDLINE, SCIELO e LILACS com as palavras-chave episiotomia e fatores determinantes, no período de 2000 a 2005. Este capítulo intitulado “Episiotomia: perspectiva atual” será encaminhado para publicação no periódico Femina, sendo adotado o estilo Vancouver para citação das referências de acordo com as normas desse periódico.

O segundo capítulo é constituído por um artigo original onde através de um estudo transversal analisamos prevalência de episiotomia no Hospital das Clínicas da UFPE e os fatores associados a esse procedimento, em uma amostra de 323 mulheres submetidas a parto normal, com feto vivo, durante os meses de junho

a agosto de 2000. Este artigo intitula-se “Avaliação da Prática da Episiotomia Seletiva no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco” e será encaminhado para publicação na Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.

Os dados apresentados neste artigo foram coletados em um período especial, quando foi feito um grande esforço de sensibilização e aplicação da norma, para avaliar qual seria a freqüência ideal para o nosso Serviço. Cumpre ressaltar que em recente levantamento realizado no Serviço de Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), ainda não publicado, a freqüência de episiotomia encontrada foi de 95%, freqüência usual antes da implantação da norma e semelhante a outros serviços da América Latina.

Acreditamos que esta pesquisa trará uma contribuição efetiva para o aperfeiçoamento da atenção à saúde reprodutiva da mulher, pois baliza os parâmetros a serem atingidos no futuro, principalmente através da educação médica continuada e de programas de sensibilização e humanização do atendimento.



2 – Revisão da Literatura

2 - Episiotomia: perspectiva atual

Elias Ferreira de Melo Júnior [a]

Marília de Carvalho Lima [b]

Sálvio Freire [c]

Olímpio de Moraes Filho [d]

[a] Mestrando em Saúde da Criança e do Adolescente – UFPE

[b] Coordenadora do Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente – UFPE

[c] Professor Titular de Obstetrícia – UFPE

[d] Professor da Disciplina de Tocoginecologia - UPE

Endereço para correspondência: Elias Melo, Rua Barão de São Borja, 385/401-A, CEP 50070-310, Recife –PE

Endereço eletrônico: eliasmelojr@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivos: Revisar a literatura médica para avaliar a prática obstétrica da episiotomia e suas indicações a partir das melhores evidências científicas disponíveis, bem como o desenvolvimento histórico do procedimento.

Métodos: Consulta dos bancos de dados eletrônicos do MEDLINE, SCIELO e LILACS com as palavras-chave episiotomia e fatores determinantes, no período de 2000 a 2005, através da rede mundial de computadores. Realizada pesquisa secundária adicional na bibliografia disponível nos artigos consultados.

Resultados: Como parte da crescente intervenção médica na assistência ao parto, a episiotomia foi implantada de forma rotineira sem evidência cientificas convincentes, baseada unicamente na opinião de especialistas renomados. Acreditava-se que traria benefícios como proteção perineal, prevenção do sofrimento fetal e da dispareunia. Contudo, a evolução do conhecimento ao longo da história, a partir de ensaios clínicos de metodologia adequada, permitiu adquirir a percepção da episiotomia de rotina como prática superada, a ser realizada apenas em indicações médicas apropriadas.

Conclusão: A despeito das evidências disponíveis em contrário, continua-se a realizar a episiotomia, com freqüência muito acima da recomendada. A implantação de programas de educação médica continuada pode acelerar a aceitação da episiotomia seletiva entre os médicos assistentes.

Palavras-chave: episiotomia, paridade, gravidez

ABSTRACT

Objectives: Review the medical literature to evaluate obstetrical practice on episiotomy and its indications from the best available scientific evidence, as well as the historical development of the procedure .

Methods: A medical literature review was made through the data banks MEDLINE, SCIELO and LILACS with the keywords episiotomy and determining factors, in the period from 2000 to 2005 through the world wide web. Additional research was conducted on secondary sources available through bibliography provided by consulted papers.

Results: As part of the increasing medical intervention on labor assistance, episiotomy was implemented as a routine without convincing scientific evidence, based only on renowned expert's opinions. They believed that it will bring benefits like perineal protection, prevention of fetal injury and dispareunia. However, the historical evolution of scientific knowledge, from randomized trials with adequate methodology, permitted to acquire the perception that episiotomy was an outdated practice, to be performed only upon appropriate medical indications.

Conclusion: In spite of the available evidences, it continues to be performed, with a frequency much higher than the one recommended. The implementation of continued medical education programs can accelerate the acceptance of selective episiotomy among assistant physicians.

Keywords: episiotomy, parity, pregnancy.

Introdução

Os conhecimentos sobre episiotomia evoluíram substancialmente ao longo das últimas duas décadas. Recentemente, alguns trabalhos colocaram por terra alguns dogmas sobre o assunto, especialmente no tocante a indicações tidas como óbvias. Esta atualização tem por objetivo sumarizar o conhecimento estabelecido, o estado da arte, acerca da episiotomia.

Histórico e situação atual

Episiotomia é uma palavra derivada do grego *epision* – que significa região púbica e *tomos* – cortar. Originariamente, episiotomia se referia ao corte realizado na região vulvar. O termo se confundiu, historicamente, com perineotomia, do grego *perinaion (peri* – próximo; *inan* – excretar) *,* que designa a região que se estende, em seu sentido ântero-posterior, da sínfise púbica ao cóccix e , lateralmente, entre as espinhas isquiáticas (Testut, 1947). Segundo Rezende, o motivo da confusão entre os termos é que a episiotomia é sempre uma perineotomia, pois a região será atingida em qualquer tipo de incisão. Então a perineotomia passou a significar, conforme ensinam os compêndios de Obsterícia (Neme, 2000; Rezende, 2001), a episiotomia realizada na linha mediana.

Segundo o Manual de Orientação da Federação das Sociedades Brasileiras de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), a episiotomia é uma incisão realizada na vagina e no períneo para alargar o espaço na passagem do feto durante o trabalho de parto. Pode ser lateral, médio-lateral e mediana. A lateral está contra-indicada por causar extensas lesões do músculo elevador do ânus (Neme, 2000).

Este procedimento foi pela primeira vez proposto por Sir Fielding Ould, em seu livro *Treatise of Midwifery,* publicado em 1742. Foi esse o primeiro compêndio, em língua inglesa, a versar especificamente sobre a arte dos partos. Porém, passaram-

se mais de cinqüenta anos até Michaelis relatar ter realizado uma incisão no períneo, em 1799, na Alemanha. O termo episiotomia, no entanto, foi criado em 1857 por Carl Von Braun, em Viena, sendo também este autor o primeiro a condenar o procedimento, considerando-o desnecessário e desaconselhável (apud Schoon, 2001).

Até o final do século XIX, não era comum a sua realização. Os partos, assistidos em sua maioria por parteiras leigas, eram conduzidos de forma natural, com proteção do períneo, uma técnica que foi sendo paulatinamente relegada a um segundo plano no ensino obstétrico. Com a mudança do local de realização dos partos dos domicílios para os hospitais, mais acentuada a partir dos anos 30, houve uma profunda alteração no próprio conceito do parto, que de um processo natural, fisiológico, passou a requerer a intervenção médica para prevenir ou diminuir as eventuais complicações (Borges et al, 2003), propiciando, com o concomitante advento da assepsia, maior segurança para a realização do procedimento, encorajando seu uso liberal.

Embora tenha sido Pomeroy o primeiro a advogar o uso rotineiro da episiotomia em 1918, foi a partir de um artigo de John De Lee publicado em 1920 (apud Goer, 1995) que o procedimento se firmou como de rotina, devido ao prestígio daqueles que , na época, eram dois grandes expoentes da obstetrícia americana. Houve uma mudança na prática médica, passando a adotar-se a episiotomia profilática rotineira. Os supostos benefícios seriam a prevenção de lacerações perineais, a redução do tempo de duração do período expulsivo, a diminuição da morbidade neonatal e, a longo prazo, prevenção do prolapso genital. Ressalte-se que a adoção do novo paradigma deu-se apenas pela opinião dos dois autores, sem a devida chancela científica.

Como conseqüência da popularização do procedimento, a taxa de episiotomia nos EUA atingiu 65,1% em 1979, o primeiro ano em que essas estatísticas estiveram disponíveis em base nacional (Hankins et al, 1995). No entanto, nas últimas duas décadas, os autores passaram a rever os benefícios deste procedimento.

A publicação de um artigo por Thacker & Banta em 1983 foi fundamental para a reavaliação da episiotomia como prática rotineira. Esses autores revisaram a literatura inglesa, de 1860 até 1980, sobre os benefícios da episiotomia, abrangendo mais de 350 artigos e livros e concluíram que: “Se as pacientes forem completamente informadas das evidências sobe os benefícios e diante dos riscos demonstráveis da episiotomia, é improvável que as mulheres consintam prontamente em realizar episiotomias de forma rotineira”.

No primeiro ensaio clínico randomizado, comparando episiotomia seletiva com episiotomia rotineira, concluiu-se que a episiotomia de rotina deveria ser abandonada, pois não atenderia aos benefícios que a ela se atribuíam e que um índice de episiotomia superior a 30% era injustificável (Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group, 1993).

Em 1995, Woolley ao publicar dois artigos de atualização sobre episiotomia, com o levantamento de informações na literatura médica de língua inglesa de janeiro de 1981 até outubro de 1994 , demonstrou escassa evidência do benefício deste procedimento. Concluiu que a episiotomia reduzia os riscos das lacerações de parede anterior da vagina, mas em contrapartida aumentaria o risco de lesões da parede posterior da vagina e do períneo propriamente dito.

Até 1993, Williams Obstetrics, um dos compêndios obstétricos mais respeitados, advogava a episiotomia de rotina. Em sua última edição (2001), os editores defendem a individualização da conduta, baseado na clara evidência científica existente, que demonstra um aumento no risco de ruptura do esfíncter anal com o procedimento, conquanto observe que lesões de parede anterior e da uretra são mais comuns nas mulheres não submetidas a episiotomia.

Para Schoon (2001), a única intervenção obstétrica que não está associada com lesão pélvica é o parto cesariano. Desta forma, este autor alega que se o objetivo é proteger o assoalho pélvico, deveria ser discutido não a realização de episiotomia, mas o próprio parto vaginal

Em recente revisão sistemática do Cochrane, os autores concluíram que existe clara evidência para restringir o uso da episiotomia (Carroli & Belizán, 2003). Os resultados dessa revisão apontam para a superioridade da episiotomia seletiva sobre a rotineira de maneira global, que se mantém mesmo quando ocorre estratificação conforme o tipo de episiotomia, médio-lateral ou mediana.

Os resultados desses estudos parecem ter influenciado a sua indicação, tendo-se observado nos Estados Unidos uma redução da prevalência de episiotomia para 39%, sendo este resultado maior do que o recomendado (Weber & Meyn, 2002).

Embora a prática da episiotomia esteja muito disseminada, em alguns hospitais com prevalência acima de 90%, seu uso varia conforme os costumes locais, especialmente em função das convicções profissionais(Martins-Costa et al, 2001). Não há consenso sobre qual seria a freqüência ideal de episiotomia, mas alguns autores acreditam ser 20% um número próximo do ideal, pois foi essa a freqüência encontrada quando se restringiu a realização do procedimento para indicações clínicas específicas (Thacker & Banta, 1983; Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group, 1993).

Na América Latina, um estudo coordenado pelo Centro Latino-americano de Perinatologia (CLAP) em 122 hospitais de 16 países da região, incluindo o Brasil, analisando 94472 partos vaginais espontâneos em primíparas, realizados no período de 1995 a 1998, encontrou uma taxa de 92,3% de episiotomias, considerada inadmissível pelo grupo de pesquisadores, que concluiu haver a necessidade de uma intervenção educacional para implementar a mudança da prática da episiotomia de rotina (Althabe et al, 2002).

No Brasil, Rezende (2001) aconselha os obstetras a reavaliar a episiotomia sistemática, apesar de afirmar ser a episiotomia, quase sempre, indispensável nas primíparas e nas multíparas nas quais tenha sido anteriormente praticada. Esta opinião é corroborada pela FEBRASGO em seu manual de assistência ao parto (FEBRASGO, 2002). A associação Médica Brasileira (AMB), através do projeto Diretrizes, advoga que a episiotomia deve ser realizada seletivamente (AMB,

2002). Neme recomenda a prática da episiotomia quando a distensibilidade restrita do assoalho perineal sugerir rupturas perineais extensas e irregulares, mas considera não se tratar de procedimento de rotina (Neme, 2000).

Se há fortes evidências contrárias ao uso rotineiro da episiotomia, o que motiva os profissionais a manterem este procedimento na prática assistencial? Em estudo qualitativo sobre as percepções das mulheres e dos profissionais sobre o procedimento, mostrou-se que os profissionais não conseguem disseminar outras idéias e práticas de parto vaginal, além do realizado com episiotomia (Riffel, 1997).Em outro estudo sobre o tema, postulou-se que “a resistência a mudanças, mesmo quando apoiada em evidências inquestionáveis, passa por questões não técnicas, relacionadas às percepções e expectativas de profissionais e pacientes quanto ao parto e sua assistência, à estrutura funcional e física dos serviços, aos problemas do acesso ao leito obstétrico, às questões de financiamento do sistema de saúde, à cultura sexual e reprodutiva” (Diniz, 2001). Nesse contexto, o grande desafio é como promover as mudanças que as evidências demonstram ser necessárias(Goer, 1995).

Do ponto de vista das mulheres, a socióloga Kitzinger resume bem: “A episiotomia é a operação obstétrica mais freqüentemente realizada no ocidente. É uma das maneiras mais dramáticas e intensas em que o território do corpo das mulheres é apropriado, a única operação feita sobre o corpo de uma mulher saudável sem o seu consentimento. Ela representa o poder da obstetrícia: os bebês não podem sair sem que as mulheres sejam cortadas. Ela evita que as mulheres vivenciem o parto como evento sexual, e é uma forma de ritual de mutilação genital” (BWHBC, 1992).

Há, portanto, crescente interesse da sociedade em compreender as razões da manutenção deste procedimento em proporções tão elevadas , refletido pelo aumento progressivo da participação de pesquisadores de outras áreas do conhecimento, como sociologia e antropologia, em pesquisas sobre o tema. Verificou-se também que ao passo que as usuárias tomam conhecimento da possibilidade de não realização desse procedimento, aumentam conseqüentemente sua participação no controle decisório (Way, 1996). Para essa pesquisadora, a

episiotomia deve ser construída socialmente a partir da experiência individual, no contexto da filosofia da obstetrícia moderna, a partir das evidências disponíveis.

A episiotomia, portanto foi idealizada com o intuito de prevenir o traumatismo perineal importante, como lacerações do esfíncter anal externo e da mucosa retal, o traumatismo da parede anterior da vagina, a incontinência fecal e urinária e ocorrência de distúrbios sexuais provenientes de dispareunia . No entanto, esse procedimento não está livre de complicações, como extensão da episiotomia, dispareunia, hematoma e infecção. A seguir, analisamos as principais indicações da episiotomia à luz das evidências disponíveis, bem como suas complicações

Principais indicações da episiotomia

Tipos de incisão

A incisão mediana é mais utilizada nos EUA e é considerada mais fácil de suturar, estando associada a menor ocorrência de dor no período pós-parto e menor incidência de dispareunia, enquanto a médio-lateral é preferida na Europa e América Latina, estando comprovada a sua menor associação a rupturas do períneo grau III e IV, apesar de ser considerada mais dolorosa e a sua correção associar-se a uma pior reconstrução anatômica (Thacker, 2000).

A morbidade perineal e pélvica é maior entre as mulheres que são submetidas a episiotomia mediana, quando comparadas às que mantém seu períneo intacto ou sofrem apenas rupturas perineais espontâneas. A episiotomia mediana é fortemente relacionada às lacerações de terceiro e quarto graus (Klein et al, 1994)

O único ensaio clínico comparando a incisão mediana com a médio-lateral na episiotomia observou que em primíparas a episiotomia mediana tem maior probabilidade de levar à extensão da incisão para o esfíncter anal (24% versus 9%).

Por outro lado, a episiotomia mediana tem melhor aspecto estético, menos lesões acessórias e mais precoce retomada das atividades sexuais (Coats et al, 1980).

Entretanto, Carroli & Belizán (2003) lembram que ainda não há uma resposta satisfatória sobre qual seria a melhor incisão, se médio-lateral ou mediana, e aconselham a realização da técnica com a qual o obstetra estiver melhor familiarizado. Consideraram insatisfatórios, por falha metodológica, os dois estudos existentes sobre o tema.

Proteção perineal

Historicamente, o principal motivo para a realização da episiotomia foi proteger o períneo de lacerações de III e IV graus, isto é, lesões do esfíncter anal externo e da mucosa retal, respectivamente, posto que o procedimento, *per se*, implica em laceração de II grau (interessando os planos musculares). Acreditava-se que a episiotomia oferecia um corte cirúrgico e regular ao caráter imprevisível e irregular da laceração espontânea, de reparo mais difícil.

No entanto, achados contrários à afirmativa acima foram descritos em um estudo retrospectivo de 17483 partos eutócicos, num período de 18 anos, que verificou uma redução do número de episiotomias de 86,8% para 10,4%, associada a uma redução de 53% de rupturas grau III e IV, com um aumento concomitante de períneos intactos – sem lacerações de nenhum tipo - de 10,3% para 26,5% e um aumento do número de lacerações vaginais espontâneas, envolvendo apenas pele e mucosa, de 5,4% para 19,3%. A associação entre a freqüência de episiotomia com outros fatores de interesse mostrou ser esta diretamente proporcional à freqüência de rupturas graves de períneo, às de IV grau isoladamente, e estar inversamente relacionada com a taxa de períneos intactos e de lacerações vaginais espontâneas leves (Bansal et al, 1996).

Outro estudo analisou 2041 partos vaginais distócicos num intervalo de dez anos. Os autores salientam que a percentagem de episiotomias diminuiu significativamente neste período de tempo e concluem que esta diminuição não

esteve associada a qualquer alteração na percentagem de ruptura do períneo grau III (de 26,5% para 27%), estando, pelo contrário, relacionada com uma diminuição de ruptura de grau IV. No entanto, o número de lacerações vaginais e labiais espontâneas de grau I aumentou e observou-se um ligeiro acréscimo, estatisticamente significativo, de mulheres com períneos intactos. Assim, nos partos a fórceps e nos com vácuo-extratores, a taxa de episiotomias diminuiu de 95,8% para 30,3% e de 88,9% para 39,4%, respectivamente, Foi também observado o aumento no número de lacerações anteriores no grupo de parto a fórceps de 20.5% para 56.6% e no grupo com vácuo-extratores de 7,9 para 28,4%, sem alteração da incidência de ruptura de grau III. Nos partos com fórceps houve uma redução nas rupturas de grau IV de 15,3% para 5,3% e nos partos com vácuo-extratores verificou-se um ligeiro aumento no número de períneos intactos de 3,2% para 4,6%. Os autores concluíram que há uma redução na percentagem de rupturas de grau IV e que estas lesões estão diretamente associadas a complicações a longo prazo, como incontinência fecal e fístulas retovaginais (Eckel et al, 1997).

Anglioli et al (2000) analisaram, retrospectivamente, 50210 mulheres que tiveram um parto eutócico, com o objetivo de avaliar os fatores de risco associados a lacerações graves do períneo. Os autores verificaram que ao longo de sete anos houve uma redução do número de episiotomias realizadas, em particular das medianas, e que, apesar deste ato cirúrgico ser considerado um importante fator de risco para rupturas graves de períneo nos partos vaginais, existem outros fatores independentes significativos, tais como a idade materna, peso do recém nascido e partos vaginais distócicos. Concluem, ainda, que as grávidas com idade mais avançada, num primeiro trabalho de parto, estão em maior risco de lacerações graves e que, portanto, episiotomias medianas e partos vaginais distócicos devem ser evitados, sempre que possível, nesta população.

Achados semelhantes foram observados em outro estudo retrospectivo, que comparou as conseqüências para a integridade perineal de um segundo parto entre mulheres com e sem antecedentes de ruptura de grau III ou IV. A conclusão apresentada defende que as secundíparas com estes antecedentes, no qual uma episiotomia e/ou um parto instrumental foi realizado, têm um risco aumentado de rupturas graves (Pelleg et al, 1999).

Mesmo em indicações aparentemente inquestionáveis, como por exemplo, a iminência de laceração perineal, o benefício da episiotomia não está bem estabelecido. Em um estudo conduzido especificamente para testar essa indicação da episiotomia, Dannecker et al (2004) dividiram 109 pacientes primíparas em dois grupos: a) episiotomia médio-lateral com indicação restrita a parâmetros fetais onde não seria feita a episiotomia por outras causas, mesmo na iminência de laceração; b) episiotomia liberal. Nesse trabalho,a restrição ao uso da episiotomia apenas para indicações fetais permitiu um aumento significativo na freqüência de períneos intactos de 29%, contra apenas 10% no grupo com indicação liberal, bem como na redução da freqüência de episiotomia de 77% no grupo liberal para 41% no grupo de episiotomia restrita . Também houve significativa redução nos escores de dor puerperal no grupo de episiotomia restritiva. Concluíram que a iminência de laceração não é indicação para episiotomia de rotina, pois não traz nenhum benefício demonstrável para a mãe ou o feto.

Outro aspecto importante a ser levado em consideração diz respeito à ocorrência de infecção associada a episiotomia. Em um estudo prospectivo realizado com 2144 partos eutócicos, comparou-se uma eventual afecção perineal entre mulheres que tiveram uma episiotomia e as que tiveram lacerações espontâneas e foi concluído que a incidência de infecção é significativamente maior no grupo das episiotomisadas (10% versus 2%). Estas pacientes tiveram uma cicatrização pior, com complicações em 29% dos casos, quando comparadas com 9% nas com lacerações espontâneas (Larsson et al, 1991).

A única desvantagem do uso restritivo da episiotomia,apontada em recente revisão sistemática (Caroli & Belizán, 2003,) foi o risco de lesão da parede anterior da vagina , cerca de 2 vezes maior para as mulheres que não se submeteram a episiotomia. Ao relacionar a episiotomia com a proteção da parede anterior da vagina, cumpre ressaltar, porém, que essa proteção não se reflete em vantagem clinicamente observável.

Como corolário da proteção perineal, os proponentes da episiotomia acreditavam prevenir a incontinência urinária e fecal, defendendo que para manter a integridade perineal haveria a necessidade de realizar uma episiotomia – tese

paradoxal, pois a episiotomia, por ser uma incisão sobre os planos musculares, é comparável a uma laceração de II grau e claramente afeta a integridade anatômica do períneo.

Prevenção da incontinência

A manutenção da integridade perineal, de acordo com a opinião arraigada entre os obstetras no início do século XX, a longo prazo estaria associada à prevenção de lesões dos músculos do assoalho pélvico, subseqüente relaxamento pélvico e suas conseqüências: incontinência urinária e fecal e prolapso genital – cistocele e retocele (Benfila et al, 2000).

No entanto, é duvidoso que a episiotomia, por ser realizada quando o períneo já se encontra distendido, por ser feita a incisão principalmente nos tecidos mucocutâneos e apenas superficialmente na musculatura perineal, previna a lesão muscular. Adicionalmente, não existe evidência que uma ruptura de 1.º ou 2.º grau traga seqüelas a longo prazo.

Um trabalho com estudos eletromiográficos no terceiro mês de puerpério mostrou que as mulheres com períneo intacto e aquelas que tiveram parto cesariano apresentavam um assoalho pélvico mais forte e uma recuperação muscular mais rápida do que as mulheres submetidas a uma episiotomia, em especial naquelas cuja episiotomia se estendeu para uma ruptura grau III ou IV (Klein et al , 1994).

Um estudo prospectivo realizado na Suécia utilizou cones vaginais para avaliar a força da musculatura pélvica pré e pós-parto em 71 mulheres tiveram parto normal e 16 que foram cesareadas eletivamente. Entre as mulheres que tiveram parto transpelviano, foram identificadas três subgrupos: pacientes que foram submetidas a episiotomia, pacientes com lacerações espontâneas e pacientes com períneo intacto. O grupo de parto cesariano não teve qualquer alteração na força muscular. O mesmo não foi observado nas paciente com parto vaginal, estando a força muscular bastante reduzida. A força da musculatura pélvica foi menor no

subgrupo de episiotomia, com diferença estatisticamente significante entre esse subgrupo e cada um demais subgrupos, e com o grupo de pacientes cesareadas. Não houve diferença na força muscular entre o subgrupo de lacerações espontâneas e o de períneo intacto. Os autores concluíram que esses resultados não apóiam a teoria de que um uso rotineiro da episiotomia reduza o risco de lesão da musculatura do assoalho pélvico(Rockner et al, 1991).

Parece existir associação entre lacerações vaginais anteriores e labiais e um aumento da incidência de incontinência urinária e cistocele (Lede et al , 1996). Este achado poderia conferir à episiotomia um papel protetor na prevenção destas afecções. No entanto, alguns resultados apresentados não são estatisticamente significativos (Rockner, 1991) e outros ainda consideram que a episiotomia não trouxe nem benefícios nem riscos às mulheres com esta afecção (Klein, 1994).

Viktrup & Lose, em trabalho de 2001, descobriram que, no grupo de 278 mulheres acompanhadas por 5 anos, houve uma significativa associação entre episiotomia e incontinência urinária de esforço, mesmo após ajuste para as poucas mulheres que tiveram lesão esfincteriana concomitante. Os mesmo autores concluem que é evidente que o parto vaginal danifica o assoalho pélvico, porém acreditam não ser eticamente viável elaborar um ensaio clínico comparando aleatoriamente parto vaginal e cesáreo com relação ao aparecimento de relaxamento da musculatura pélvica, que permanecerá como uma questão sem resposta adequada.

Sabe-se que os obstetras podem reduzir as lesões do assoalho pélvico, minimizando a prática da episiotomia (Handa et al, 1996). Esse estudo identificou fatores de risco para o relaxamento do músculo elevador do ânus ou do esfíncter anal: nuliparidade, multiparidade, episiotomia, fórceps, peso ao nascer, raça asiática, variedade de posição occipitoposterior e período expulsivo prolongado.

Para avaliar o efeito da episiotomia na manutenção da força muscular do assoalho pélvico e na prevenção de distopias – incontinência urinária, fecal ou prolapso genital, Sartore et al (2004) estudaram 519 mulheres, distribuídas em um grupo de episiotomia médio-lateral e outro sem episiotomia, utilizando questionário

sintomatológico, exame físico vaginal, perineometria e urodinâmica. Observaram não haver diferença entre os grupos quanto à ocorrência de distopias, mas no grupo com episiotomia houve incidência significativamente maior de dispareunia (7,9% contra 3,4%) e de dor puerperal (6,7% contra 2,3%). Os testes pressóricos – mas não a urodinâmica – mostraram significativa redução da força muscular nas pacientes submetidas a episiotomia. Os autores concluíram que a episiotomia médio-lateral não previne a ocorrência de incontinência urinária e anal e do prolapso genital nem o relaxamento pélvico, mas aumenta dor e dispareunia.

As pacientes que se submeteram a episiotomia apresentaram maior risco de lesão do esfíncter anal e da mucosa retal do que as pacientes com períneo intacto e estas lesões estão muito associadas a incontinência fecal (Handa et al, 1996; Labrecque et al, 1997; Carroli & Belizán, 2003).

Prevenção do tocotraumatismo

O benefício do procedimento estaria no fato de diminuir o período expulsivo e impedir que houvesse expressiva compressão cefálica, sendo habitualmente recomendada na prevenção ou diminuição do risco de lesões resultantes do sofrimento fetal e da distócia de ombros.

Myers-Helfgott & Helfgott, em 1999, em revisão da literatura, lembraram a ausência de benefício da episiotomia, quer na redução na duração do período expulsivo, quer na prevenção do sofrimento fetal, com base nos Índices de Apgar, no pH do cordão umbilical e admissões nas unidades de cuidados intensivos neonatais.

Uma outra indicação, habitualmente aceita para a realização da episiotomia, é a suspeita de uma distócia de ombro, verificando-se novamente a ausência de dados que apóiem esta teoria. Uma vez que o problema da distócia de ombros se refere a uma desproporção fetopélvica relativa

e não a uma distócia fetoperineal, não se justifica antecipar a realização de um procedimento sem saber ao certo se ele chegará, de fato, a ser necessário ou mesmo benéfico (Nocon et al, 1993).

Tratamento das distócias

A episiotomia tem sido fortemente recomendada e realizada nos partos vaginais distócicos. Atualmente, o seu uso é também considerado algo controverso e alguns estudos retrospectivos e prospectivos têm fornecido resultados que não demonstram uma evidência científica de que o seu uso obrigatório tenha um efeito protetor na prevenção dos partos distócicos (Hankins et al, 1995).

Robinson et al, em 1999, estudaram a associação entre episiotomia e lacerações perineais de III e IV grau nos partos vaginais eutócicos e distócicos, estes últimos caracterizados como os partos que necessitavam de fórceps ou vácuo-extrator. A episiotomia foi realizada em 40% dos partos eutócicos , em 80% das pacientes que necessitaram de vácuo-extratores e em 85,2% dos partos com fórceps . Os resultados mostraram um aumento substancial de rupturas de III e IV grau quando a episiotomia era realizada nos partos eutócicos e nos partos com vácuo-extrator, sem contudo existir uma diferença significativa quando o fórceps era utilizado. Ressalte-se que, neste estudo, a episiotomia mediana foi a utilizada na maioria dos casos. O uso de fórceps, com e sem episiotomia, estava associados a um aumento de dez vezes na percentagem de lesões perineais graves quando comparado com o grupo com vácuo-extratores sem episiotomias. O uso de vácuo-extrator associado a episiotomia implicou em um aumento das lacerações graves em cerca de sete vezes, também quando comparado com o grupo com vácuo-extratores sem episiotomias. Neste estudo, não se observou uma associação significativa entre idade materna, raça, uso de ocitocina e peso do RN com lesões do períneo grave.

Em um outro estudo apresentado por Coombs et al, em 1990, foram analisados 2832 partos vaginais distócicos, observando-se rupturas de grau III e IV em 30% dos casos . Nesse estudo, a episiotomia mediana foi o mais importante fator de risco associados, seguida pela nuliparidade. Os autores sugeriram que a opção

de uma episiotomia médio-lateral para todos os partos vaginais distócicos poderia prevenir algumas destas rupturas, embora nem todas pudessem ser evitadas.

Um estudo retrospectivo apresentado por Pearl et al(1993), avaliou a influência da variedade de posição em occipitosacro (OS) na morbidade materna e fetal, tendo os autores concluído que a incidência de lacerações perineais graves e episiotomias é maior no grupo OS do que no grupo occipitopúbica (OP). Esta incidência é também maior nos partos distócicos quando comparados com os partos eutócicos, ambos em posições OS. Dentro dos partos vaginais distócicos é com o fórceps que se verifica um aumento de rupturas do períneo, lacerações vaginais anteriores e episiotomias. Mais uma vez, também nas posições OS, foi a episiotomia que esteve associada com uma menor incidência de rupturas perineais graves.

Prevenção da disfunção sexual

Os proponentes da episiotomia acreditavam que, ao prevenir o relaxamento da musculatura perineal, haveria uma diminuição significativa da perda da função sexual decorrente desse relaxamento. Porém, Klein et al, em 1994, avaliando a proporção de mulheres que reiniciava as atividades sexuais no puerpério e a satisfação com o ato sexual, medida através de questionário, observaram que 76,5% das pacientes que foram submetidas a um parto vaginal e mantiveram seu períneo intacto reiniciaram suas atividades sexuais com 6 semanas, contra 62,5% das que sofreram lacerações espontâneas e 61,7% das submetidas a episiotomia. Quanto à dor na primeira relação sexual, 32,7% das pacientes com períneo intacto referiram não ter sentido dor alguma, contra 20,8% no grupo das pacientes com lacerações espontâneas e 14,4% no grupo das pacientes com episiotomia. Quanto à satisfação sexual após 3 meses do parto, apenas 5% das pacientes com períneo intacto declararam-se insatisfeitas, contra 15,8% no grupo das pacientes com laceração espontânea e 16,3% no grupo de pacientes com episiotomia.

As mulheres com um períneo intacto têm os melhores resultados globais quanto à qualidade da vida sexual pós-parto, enquanto trauma perineal e parto instrumental são fatores relacionados à freqüência ou gravidade de dispareunia, indicando que é importante minimizar o dano perineal durante o parto (Signorello et al, 2001).

Complicações da episiotomia

Como qualquer ato cirúrgico, a episiotomia é também responsável por algumas complicações associadas: extensão da lesão, hemorragia significativa, dor no pós-parto, edema, infecções, hematoma, dispareunia, fístulas retovaginais, mionecrose, intoxicação neonatal com lidocaína, reações de hipersensibilidade ao anestésico, endometriose na cicatriz da episiotomia, rejeição materna ao neonato provocada pela dor da episiotomia, necessidade de correção cirúrgica por problemas de cicatrização irregular ou excessiva (Ramin & Gilstrap, 1994; Wooley,1995; Baranger et al,2000).

Uma revisão apresentada por Myers-Helfgott & Helfgott em 1999, conclui que a episiotomia está associada a uma importante perda de sangue intraparto e hemorragia pós-parto, em especial quando realizada médio-lateral, e que evitando-a pode ser uma das maneiras mais eficazes de diminuir a perda de sangue excessiva observada em alguns trabalhos de parto.

Outra controvérsia surge relativamente à idéia de que com a episiotomia a dor no pós-parto é menor, quando comparada com as que sofreram rupturas espontâneas. Há necessidade de mais trabalhos para elucidar esse ponto, pois os que estão publicados parecem revelar que, ao contrário, após uma episiotomia,independentemente do tipo realizado, a dor intraparto é maior, tornando-se mais incômoda no pós-parto imediato (Hankins et al, 1995).

Conclusões

Como muitos procedimentos cirúrgicos em Medicina, a episiotomia surgiu consoante a opinião de autoridades científicas da época. A experiência pessoal dos tocólogos, malgrado sua importância inegável, não pode, como elemento único, modular toda a prática assistencial. Não mais se justifica a ausência de estudos específicos sobre as relevantes questões suscitadas pelo procedimento, como à época de sua introdução na prática obstétrica.

Apesar da literatura ser unânime em não encontrar benefício na prática da episiotomia rotineira, até hoje esse conhecimento enfrenta a resistência dos profissionais, em virtude de hábitos arraigados, velhas práticas aprendidas quando a episiotomia era rotina e passada adiante pelos obstetras mais velhos para seus discípulos mais jovens.

A opinião das usuárias necessita desempenhar um papel de maior relevância, ao revestir-se do status de ato cirúrgico que requer o consentimento informado da paciente, documentoimprescindível para retirar a aura de mutilação genital que o procedimento adquiriu na literatura leiga.

A episiotomia seletiva é um exemplo paradigmático das dificuldades de implementação do conhecimento adquirido através das evidências científicas na assistência obstétrica. Representa uma excelente oportunidade para testar a força da educação médica continuada cientificamente embasada para mudar os dogmas do passado. A difusão da prática da episiotomia seletiva e sua adoção nos manuais de conduta nos diferentes serviços é um marcador da qualidade da atenção e da humanização do parto.

Referências Bibliográficas

Althabe F, Belizán JM, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America:hospital based descriptive study. BMJ 2002;324:945–6

Anglioli R, Gomez-Marin O, Cantuaria G, O'Sullivan MJ. Severe Perineal Lacerations During Vaginal Delivery: The University of Miami Experience. Am J Obstet Gynecol 2000; 182 (5): 1083-5.

Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine versus selective episiotomy: A randomised controlled trial. Lancet 1993; 342:1517–8.

Associação Médica Brasileira. Projeto Diretrizes, volume I, 2002.

Bansal RK, Tan WM, Ecker JL, et al. Is there a benefit to episiotomy at operative vaginal delivery? Observations over ten years in a stable population. Am J Obstet Gynecol. 1997; 176(2):411-4.

Barranger E, Haddad B, Paniel BJ. Fistula in ano as a rare complication of médio-lateral episiotomy: report of three cases. Am J Obstet Gynecol 2000; 182 (3): 733-4

Benifla JL, Abramowitz L, Sobhani I, et al.Postpartum sphincter rupture and anal incontinence: prospective study with 259 patients. Gynecol Obstet Fertil 2000; 28(1): 15-22

Borges BB, Serrano F, Pereira F. Episiotomia: Uso Generalizado *Versus* Selectivo. Acta Médica Portuguesa 2003; 16: 447-54

BOSTON WOMEN'S HEALTH BOOK COLLECTIVE (BWHBC)- The New Ourbodies, Ourselves. New York City, Touchstone Simon and Schuster, 1992.

Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane review). In: The Cochrane Library, issue 2, 2003. Oxford: update software.

Coats PM, Chan KK, Wilkins M, Beard RJ.A comparison between midline and mediolateral episiotomies. Br J Obstet Gynaecol 1980; 87(5):408-12.

Coombs CA, Robertson P, Laros R. Risk factors for third and fourth degree perineal lacerations in forceps and vacuum deliveries. Am J Obstet Gynecol 1990; 163: 100-4.

Cunningham FG , Gant NF, Leveno KJ, et al. Williams Obstetrics. 21st edition, McGraw-Hill, 2001.

Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; Apr;83(4):364-8.

Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Medicina. São Paulo, 2001.

Eason E, Feldman P. Much ado about a little cut: Is episiotomy worthwhile? Obstet Gynecol 2000; 95(4):616-8.

FEBRASGO. Manual de Assistência ao Parto e Tocurgia, 2002.

FEBRASGO. Tratado de Obstetrícia. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.

Goer, H. Obstetric Myths Versus Research Realities. Bergin & Garvey, 1995.

Handa VL, Harris TA, Ostergard DR. Protecting the pelvic floor: obstetric management to prevent incontinence and pelvic organ prolapse. Obstet Gynecol 1996; 88:470-8.

Hankins G, Clark S, Cunningham FG, et al: Operative Obstetrics. Norwalk, CT, Appleton & Lange, 1995

Hueston WJ. Factors associated with the use of episiotomy during vaginal delivery. Obstet Gynecol 1997; 87:1001-5.

Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM, et al. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation. Am J Obstet Gynecol. 1994;171(3):591-8.

Labrecque M, Baillargeon L, Dallaire M, et al. Association between median episiotomy and severe perineal lacerations in primiparous women. Can Med Assoc J 1997;156:797–802.

Larsson P, Platz-Christensen J, Bergam B, et al. Advantage or disadvantage of episiotomy compared with spontaneous perineal laceration. Gynecol Obstet Invest 1991; 31: 213-6.

Lede RL, Belizán JM, Carroli G. Is routine use of episiotomy justified? Am J Obstet Gynecol 1996; 174: 1399-1402.

Martins-Costa S, Ramos JGL, Brietzke E, et al. Episiotomia: o que há de verdade neste tradicional procedimento? Femina 2001; 29: 201-4.

Myers-Helfgott M, Helfgott W. Routine use of episiotomy in modern obstetrics. Should it be performed? Obstetrics and Gynecology Clinics of North America 1999; 26: 305-25.

Neme, B. Obstetrícia básica. 2ª edição, São Paulo: Sarvier; 2000.

Nocon J, Mckenzie D, Thomas L, et al: Shoulder dystocia: An analysis of risks and obstetrical maneuvers. Am J Obstet Gynecol 1993, 168: 1732-9

Pearl ML, Roberts JM, Laros RK, Hurd WW. Vaginal delivery from the persistent occiput posterior position. Influence on maternal and neonatal morbidity. J Reprod Med 1993; 38 (12):955-96

Peleg D, Kennedy CM, Merrill D, Zlatnick FJ. Risk of repetition of a severe perineal laceration. Obstet Gynecol 1999; 93 (6): 1021-4

Ramin SM, Gilstrap LC. Episiotomy and early repair of dehiscence. Clinical Obstet and Gynecol 1994; 37 (4): 816-23.

Rezende, J. Obstetrícia. 9ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001.

Riffel MJ. Episiotomia: a dimensão oculta [dissertação de mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1997..

Robinson JN, Norwitz ER, Cohen AP, et al.Episiotomy, operative vaginal delivery, and significant perinatal trauma in nulliparous women. Am J Obstet Gynecol, 1999; 174:1180-4.

Rockner G, Jonasson A, Olund A. The effect of mediolateral episiotomy at delivery on pelvic floor muscle strength evaluated with vaginal cones. Acta Obstet Gynecol Scand 1991"; 70: 51-4.

Sartore A, De Seta F, Maso G, R Pregazzi, Grimaldi E, Guaschino S. The Effects of Mediolateral Episiotomy on Pelvic Floor Function After Vaginal Delivery Obstet Gynecol 2004;103:669 –73.

Schoon PG. Episiotomy: yea or nay. Obstet Gynecol Surv 2001; 56(11):667-9.

Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. Am J Obstet Gynecol. 2001;184(5):881-8.

Testut L. Tratado de Anatomía Topográfica com Aplicaciones Médicoquirúrgicas. Tomo Segundo, Livro VI. 7ª edição, Buenos Aires: Salvat Editores, 1947.

Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the english language literature, 1860-1980. Obstet Gynecol Surv 1983;38:322-38.

Thacker SB: Midline versus mediolateral episiotomy. BMJ 2000; 320: 1615-6

Viktrup L, Lose G: The risk of stress incontinence 5 years after first delivery. Am J Obstet Gynecol 2001;185**:** 82–7..

Way, S. Social construction of episiotomy. J Clin Nursing 1998; 7: 113–7.

Weber AM; Meyn L. Episiotomy use in the United States, 1979–1997. Obstet Gynecol 2002;100:1177– 82.

Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the english–language literature since 1980—part I. Obstet Gynecol Surv 1995;50:806–20.

3 - ARTIGO ORIGINAL

Avaliação da prática da episiotomia seletiva no Hospital das Clínicas das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco

Evaluation of the practice of selective episiotomy in Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco

Elias Ferreira de Melo Júnior [a]
Marília de Carvalho Lima [b]
Sálvio Freire [c]

[a] Mestrando em Saúde da Criança e do Adolescente – UFPE
[b] Coordenadora do Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente – UFPE
[c] Professor Titular de Obstetrícia - UFPE

Endereço para correspondência:
Elias Melo, Rua Barão de São Borja, 385/401-A, CEP 50070-310, Recife –PE
Telefone: (081) 34231666
Fax: (081) 21268513
Endereço eletrônico: eliasmelojr@yahoo.com.br

RESUMO

Objetivos: Verificar a prevalência de episiotomia no Hospital das Clínicas da UFPE quando da implantação da norma de episiotomia seletiva e fatores associados a esse procedimento. **Métodos:** Estudo transversal realizado em uma amostra de 323 mulheres submetidas a parto normal, com feto vivo, durante os meses de junho a agosto de 2000. As variáveis maternas (idade, procedência e paridade), do recém-nascido (peso, idade gestacional e escore de Apgar) e relacionadas ao procedimento (profissional responsável e horário) foram obtidas através de entrevistas às mães e consultas aos prontuários. **Resultados:** A prevalência encontrada de episiotomia foi de 37,8%. Verificou-se um percentual significativamente mais elevado de episiotomia entre as adolescentes (49,5%) e entre as primigestas (58,9%), quando comparado com as mulheres na faixa etária ≥ 30 anos (24,4%) e as multigestas (14,9%), respectivamente. O percentual de realização de episiotomia durante o dia (42,5%) foi significantemente mais elevado do que o da noite (31,7%). Não se verificou associação significativa entre a realização de episiotomia e os fatores relacionados ao recém-nascido e ao profissional responsável pela assistência. **Conclusão:** Observamos uma freqüência da episiotomia acima da recomendação internacional. O presente estudo evidencia a necessidade de incrementar a prática profissional no sentido de diminuir a realização da episiotomia.

Palavras-chave: episiotomia, paridade, gravidez

Abstract

Objectives: To evaluate the prevalence of episiotomy at Hospital das Clínicas of UFPE when selective episiotomy was implemented as the standard of care as well as the factors associated to this procedure. **Methods:** Cross-sectional study was conducted with a sample of 323 women who had live birth through normal delivery from June to August 2000. Maternal variables (age, place of living and parity), newborn variables (birthweight, gestational age and Apgar score) and those related to assistance (professional in charge and time of procedure) were obtained through maternal interview and consultation to patient records. **Results:** The prevalence of episiotomy was 37.8%. It was found a significantly higher proportion of episiotomy among the adolescents (49.5%) and the primiparous (58.9%) when compared with women ≥ 30 years (24.4%) and the multiparous (14.9%), respectively. The proportion of episiotomy made during the day (42,5%) was significantly higher than during the night (31.7%). No significant association was found between episiotomy and variables related to newborn and to the professional in charge of the delivery. **Conclusion:** We observed a frequency of episiotomy above the international recommendation. This study highlights the need to improve health professional practice aiming the reduction of this procedure.

Key-words: episiotomy, parity, pregnancy.

Introdução

A episiotomia é o procedimento obstétrico mais realizado mundialmente[1]. Historicamente, seu uso foi iniciado sem comprovação científica de sua efetividade, baseado apenas na opinião de especialistas[2]. Foi sugerido que o procedimento preveniria a ocorrência de lacerações de III e IV graus e o relaxamento perineal, diminuindo a possibilidade de disfunção sexual e a incontinência urinária e fecal decorrente[3]. Além disso, haveria a substituição de uma laceração irregular por um corte cirúrgico de mais fácil reparação e cicatrização. A episiotomia também preveniria o sofrimento fetal, ao diminuir a duração do período expulsivo, reduzindo a ocorrência de asfixia neonatal, trauma craniano, hemorragia cerebral e retardo mental, além de proteger os fetos prematuros da intensa pressão causada por um períneo excessivamente distendido[4]. Seu uso também se impôs nos partos operatórios e nos distócicos. Com a medicalização do parto, ocorrida, sobretudo no início do século XX, o procedimento tornou-se rotineiro, alcançando uma prevalência de mais de 90% em alguns países[5].

Contudo, Thacker & Banta[6], ao analisarem a literatura científica de língua inglesa de 1860 a 1980, em trabalho publicado em 1983, não encontraram evidências que apoiassem essas crenças arraigadas. Graças ao seu trabalho pioneiro, apareceram vários estudos para avaliar a utilidade da prática da episiotomia rotineira. Em 1993, um ensaio clínico randomizado[7] comparando episiotomia seletiva, com indicação clínica, e episiotomia rotineira, demonstrou não haver evidências que justificassem um índice de episiotomia superior a 30%, pois foi esse o índice encontrado quando se orientava os profissionais para realizar o procedimento apenas em indicações selecionadas.

Em recente revisão sistemática da literatura[3], uma política de episiotomia restrita a indicações selecionadas diminuiu o risco de ocorrência de morbidade clinicamente relevante, como trauma perineal posterior, sutura de lacerações e complicações da cicatrização nos primeiros sete dias de puerpério. A política de episiotomia liberal mostrou-se vantajosa apenas na proteção de lesão da parede anterior da vagina. Entretanto, essa proteção não se reflete em vantagem clinicamente observável.

Várias questões permanecem em aberto na literatura: qual a melhor incisão, se mediana ou médio-lateral, o papel da episiotomia na gênese da incontinência urinária ou fecal, os tipos de fios e as técnicas de sutura com melhores resultados. Também existem dúvidas sobre as indicações da episiotomia, como procedimento obrigatório, nas seguintes circunstâncias: prematuridade, parto instrumental – isto é, assistido por fórceps ou vácuo-extrator, macrossomia presumida e mesmo na iminência de lacerações.

Se a episiotomia seletiva é um procedimento superior à rotineira, porque esse conhecimento não se dissemina entre os obstetras? A razão talvez resida no fato de que há um hiato entre a evidência científica e sua aplicação na prática médica, motivada pelos mais diversos preconceitos[8].

No Brasil, Rezende[9] aconselha os obstetras a reavaliar a episiotomia sistemática e Neme[10] recomenda sua prática quando a distensibilidade restrita do assoalho perineal sugerir rupturas perineais extensas e irregulares, mas considera não se tratar de procedimento de rotina. A episiotomia seria necessária, quase sempre, nas primiparturientes, e nas multíparas nas quais tenha sido anteriormente praticada, conforme orientação da FEBRASGO em seu Manual de Assistência ao Parto e Tocurgia[11].

Na maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, desde 2000 a episiotomia seletiva tornou-se norma, sendo indicada em casos de prematuridade, período pélvico prolongado, aplicação de fórceps, variedade de posição occipitosacra, macrossomia, ou, a critério médico, quando houver necessidade de abreviar o período expulsivo. Portanto, este trabalho tem por objetivo verificar a prevalência de episiotomia no Hospital das Clínicas da UFPE e os fatores associados à mesma.

Pacientes e métodos

Local do estudo

A Maternidade do Serviço de Obstetrícia do Hospital das Clínicas é uma Unidade de Referência para Gestação de Alto Risco do Sistema Único de Saúde em Pernambuco. Possui 34 leitos e acolhe mensalmente cerca de 270 gestantes com 110 partos transpelvianos (média do período de janeiro a agosto de 2000). Além de receber pacientes referenciadas dos níveis primário e secundário, também atende a pacientes encaminhadas de outras maternidades de alta complexidade, devido ao número de especialidades disponíveis. Devido a sua característica de Maternidade – Escola, freqüentam o Serviço alunos de graduação dos cursos de Medicina e Enfermagem, além de residentes de Tocoginecologia, Pediatria, Anestesiologia, Enfermagem e Nutrição.

Desenho do estudo

Este é um estudo de corte transversal, realizado em uma amostra de 323 mulheres submetidas a parto normal, durante os meses de junho a agosto de 2000. Foram excluídas do estudo as mulheres que pariram feto morto e aquelas que tinham feto com hipóxia intra-útero previamente diagnosticada – na admissão ou no encaminhamento ao hospital, pois poderiam alterar a média dos escores de Apgar, representando um possível fator de confusão com as variáveis do estudo.

As variáveis maternas e do recém-nascido analisadas foram: idade, procedência, paridade, escore de Apgar do 1º minuto, peso ao nascer e idade gestacional. As variáveis assistenciais foram: hora de ocorrência do parto e o profissional que realizou o procedimento.

Coleta dos dados

As parturientes foram entrevistadas pelos profissionais que realizaram os partos, através de formulários com perguntas fechadas e pré-codificadas. Informações complementares foram obtidas através de consulta aos prontuários médicos pelo pesquisador responsável. Inicialmente, foi comparada a lista de pacientes que constavam no banco de dados original com a listagem de pacientes que possuíam a declaração de nascido vivo, disponível nos arquivos do Serviço de Neonatologia do Hospital das Clínicas. Em caso de ausência de identificação da paciente no banco de dados, foi gerado um novo formulário de coleta para pesquisa no SAME.

Os partos foram realizados por estudantes de Medicina, residentes de Obstetrícia, enfermeiras ou por médicos do Serviço de Obstetrícia do HC/UFPE, estes últimos supervisionando os partos que não foram diretamente conduzidos por eles.

As parturientes foram classificadas como paucigestas se tiveram duas ou três gestações e multigesta as com quatro ou mais gestações.

O peso dos recém-nascidos foi obtido em balança digital “Filizola Baby” na sala de parto, sob responsabilidade do neonatologista assistente, que também realizou a avaliação dos escores de Apgar. A idade gestacional em semanas completas foi calculada pelo profissional que realizou o parto, preferentemente através da data da última menstruação ou, quando não disponível, pela ultra-sonografia ou pela altura de fundo uterino.

Processamento e Análise dos Dados

Os dados foram digitados e analisados no software Epi-Info, versão 6.04, (CDC, Atlanta), e validados com os subprogramas VALIDATE e CHECK, para minimizar erros de digitação. A associação entre as variáveis foi verificada através do teste do Qui-quadrado, aceitando-se um nível de significância de $p \leq 0,05$.

Aspectos Éticos

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde.

RESULTADOS

Entre as 323 pacientes estudadas, 122 (37,8%; IC de 95% 32,5% - 43,3%) foram submetidas a episiotomia. A maioria das mães (70,7%) era procedente do Recife, sendo 24% de outros municípios da Região Metropolitana e apenas 5,3% do Interior do Estado. A idade mediana das parturientes foi de 22 anos (Quartil 25=19; Quartil 75=26). Destas, 29,4% eram adolescentes. O número de gestações variou de 1 a 14, com mediana de 2 gestações (Quartil 25=1; Quartil 75=3). Eram primigestas 40,65% das pacientes (Tabela 1).

A média de peso ao nascer foi de 3083g (DP=612g), sendo que 12,7% das crianças nasceram com baixo peso (<2500g). A média da idade gestacional foi de 38,5 semanas (DP= 2,7 semanas), sendo 14,3% dos RN prematuros. O escore de Apgar < 8 no primeiro minuto foi observado em 11,4% dos RN e no quinto minuto em 2,3% (Tabela 2).

Os partos foram realizados por médicos assistentes em 25,6% dos casos e os demais por residentes (47,9%), acadêmicos (18,6%) e enfermeiras (7,9%). Quanto ao horário, observou-se maior percentual de partos (55,6%) no período diurno (Tabela 3).

Quanto à realização de episiotomia, a tabela 1 mostra um percentual significativamente maior (49,5%) entre as adolescentes quando comparado às mães com 30 anos ou mais (24,4%) (p=0,009). O mesmo foi observado em relação à paridade, com percentuais mais elevados entre as primigestas (58,9%) em relação as multigestas (14,9%) (p< 0,001). Verificou-se que o percentual de episiotomias foi

realizado mais freqüentemente no período diurno (42,5%) do que no período noturno (31,7%) (p=0,05) (Tabela 3).

Não se observou associação estatisticamente significante entre a realização de episiotomia e as variáveis da criança – escores de Apgar, idade gestacional e peso ao nascer – e em relação ao profissional que realizou o parto (Tabelas 2 e 3).

Tabela 1 Características maternas e sua associação com a realização de episiotomia no HC- UFPE, 2000.

Variáveis	Total *(n=323)*		Episiotomia				P
			Sim		Não		
	N	%	N	%	N	%	
Procedência*							
Recife	212	70,7	75	35,4	137	64,6	
Município da RMR	72	24,0	31	43,1	41	56,9	0,45
Interior do Estado	16	5,3	5	31,3	11	68,7	
Idade**							
13-19	91	29,4	45	49,5	46	50,5	
20-29	173	56,0	60	34,3	113	65,3	0,009
30-43	45	14,6	11	24,4	34	75,6	
Paridade***							
Primigesta	129	40,6	76	58,9	53	41,1	
Paucigesta	142	44,6	36	25,4	106	74,6	<0,001
Multigesta	47	14,8	7	14,9	40	85,1	

* 23 casos sem informação

** 14 casos sem informação

*** 5 casos sem informação

Tabela 2 Características neonatais e sua associação com a realização de episiotomia no HC-UFPE, 2000.

Variáveis	Total (n=3233)		Episiotomia				P
			Sim		Não		
	N	%	N	%	N	%	
Peso(g)*							
795-1499	7	2,2	2	28,6	5	71,4	
1500-2499	33	10,5	16	48,5	17	51,5	
2500-2999	80	25,6	31	38,8	49	61,2	0,68
3000-3799	163	52,1	59	36,2	104	63,8	
3800-4695	30	9,6	10	33,3	20	66,7	
Idade gestacional (sem)**							
26-28	4	1,3	2	50	2	50	
29-32	11	3,6	6	54,5	5	45,5	
33-36	29	9,4	13	44,8	16	55,2	0,64
37-40	217	70,7	79	36,4	138	63,6	
41-42	46	15,0	16	34,8	30	65,2	
Apgar (1 min)***							
1-4	6	2,0	2	33,3	4	66,7	
5-7	28	9,4	10	35,7	18	64,3	0,98
8-10	264	88,6	101	36,9	173	63,1	

* 10 casos sem informação

** 16 casos sem informação

*** 25 casos sem informação

Tabela 3 Variáveis relacionadas à assistência ao parto e sua associação com a realização de episiotomia no HC-UFPE, 2000.

Variáveis	Total		Episiotomia				P
			Sim		Não		
	N	%	N	%	N	%	
Obstetra*	N	%	N	%	N	%	
R1	74	26,5	34	45,9	40	54,1	
R2	46	16,4	21	45,7	25	54,3	
R3	14	5,0	7	50,0	7	50,0	
Acadêmico	52	18,6	17	32,7	35	67,3	0,43
Enfermeira	22	7,9	7	31,8	15	68,2	
Médico assitente	72	25,6	25	34,7	47	65,3	
**Turno (h) **							
07:00 - 18:59	174	55,6	74	42,5	100	57,5	0,05
19:00 - 06:59	139	44,4	44	31,7	85	68,3	

* 43 casos sem informação

** 10 casos sem informação

Discussão

A freqüência de episiotomia encontrada em nossa casuística(37,8%) no ano de 2000 foi bastante inferior à encontrada em muitos países[3,4,6,7]. Em comparação aos dados do HC-UFRGS, onde, apesar de ter uma política de episiotomia ainda mais restritiva que a nossa, o percentual observado foi de 86,5%, o que é bastante superior ao de nossa amostra. Porém, para alcançar o ideal de pelo menos 20% é necessário implantar uma política de mudança nos paradigmas assistenciais e conscientização do que realmente é fundamentado, o que há de verdade na literatura sobre o tema e o que é meramente opinião pessoal e preconceito. Também é necessário conscientizar os profissionais que a episiotomia é um procedimento que deve ser realizado apenas com o consentimento da

parturiente, informado e esclarecido. Esse último passo está inserido no contexto da humanização do atendimento, de implantação ainda incipiente em nosso país[22].

Em relação à prevalência da episiotomia em primíparas, observou-se em recente estudo[19] realizado em 105 hospitais de 14 países da América Latina, entre eles o Brasil, uma freqüência de episiotomia de 92,3%, variando de 69,2% a 96,2%. Em nossa amostra, houve uma clara tendência em concordar com o que se supõe ser um comportamento esperado no tocante ao maior número de episiotomias em pacientes primigestas. É amplamente conhecido que o parto normal diminui a força muscular do períneo, como tem sido demonstrado em vários estudos[13-15]. Dessa maneira, haveria uma facilitação do parto a partir do segundo filho, ocorrendo menor distensão perineal. Como a iminência de laceração constitui uma indicação precípua[16], haveria uma diminuição da necessidade de episiotomia, com essa indicação, em pacientes multigestas. Contudo, essa indicação não parece estar consolidada na literatura, pois em um estudo conduzido especificamente para testar a indicação da episiotomia nos casos em que uma laceração perineal parecia ser iminente, Dannecker et al[17] concluíram que a iminência de laceração não é indicação para episiotomia de rotina, pois não traz nenhum benefício demonstrável para a mãe ou o feto. Entre nós, a interdição da episiotomia na rotura iminente é adotada no Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul[18].

O percentual elevado de episiotomia encontrado em pacientes adolescentes foi possivelmente resultante da associação entre paridade e idade. Em nossa amostra, o fato de 65,9% das primigestas serem adolescentes, poderia explicar o maior percentual de episiotomia nesta faixa etária causada pela imaturidade anatômica – bacia ainda não inteiramente definida – e pela maior dificuldade de lidar com o trabalho de parto – imaturidade psicológica/mental.

Apesar de não ter sido encontrado no presente estudo associação entre episiotomia e peso ao nascer, os RN de baixo peso e os macrossômicos estariam mais propensos a terem nascido com o auxílio de uma episiotomia, especialmente por se tratar de indicação precípua em nosso Serviço. Curiosamente, as faixas de peso que deveriam ter as maiores freqüências, as situadas abaixo de 1500g e acima de 3800g, tiveram as menores freqüências de episiotomia. Uma

explicação para esse fato talvez seja por um viés de seleção no caso dos macrossômicos – as pacientes com potencial para distócia e necessidade de fórceps provavelmente foram enviadas para cesariana. Somente as pacientes com pelve mais ampla tiveram RN com feto >3800g e esse fato reduziu a indicação de episiotomia. Entre os RN de menor peso, talvez o pequeno tamanho amostral, apenas 7 casos, impossibilitou demonstrar um resultado representativo do que ocorre de fato entre as mães deste grupo de RN.

Em nossa amostra não houve associação entre realização de episiotomia e escore de Apgar no primeiro minuto. Não há evidência de que práticas que aumentem a probabilidade de manutenção da integridade perineal estejam correlacionadas com baixos escores de Apgar[3]. Uma explicação, em nosso caso, talvez seja exclusão de pacientes com diagnóstico presuntivo de hipóxia na admissão, o que provavelmente subestimou esse percentual na nossa casuística. Porém, ressalte-se que a propalada indicação de episiotomia para abreviar o período expulsivo não se correlaciona automaticamente com melhores índices de Apgar. Janni et al[19] observaram em um estudo de acompanhamento de 1457 pacientes, que mesmo um período expulsivo superior a 2 horas não era necessariamente de mau prognóstico, desde que a paciente fosse adequadamente monitorada.

Em nossa casuística, com relação ao horário do parto, foi observada diferença significativa na realização de episiotomia de acordo com a hora do dia, com um aumento do número de procedimentos durante o dia, comparado ao período noturno. Nossos resultados corroboraram os achados de Webb & Culhane[20] , que também mostraram diferenças apreciáveis na ocorrência de episiotomia, havendo um aumento de 10% de episiotomias se o parto era realizado no período diurno (considerado entre 10 horas da manhã e 10 da noite), em comparação com o período noturno (de 10 horas da noite às 10 horas da manhã), que não pode ser explicado por nenhuma outra característica – paridade, duração do trabalho de parto, peso ao nascer ou condição sócio-demográfica. A explicação dos autores americanos é que os médicos, por se encontrarem mais atarefados durante o período diurno, devido ao maior fluxo de pacientes no período, seriam menos tolerantes e mais propensos a atitudes intervencionistas que acelerassem o período

expulsivo, de modo a desafogar o serviço e poder atender mais pacientes. Estamos propensos a acreditar na mesma explicação para os nossos dados.

O presente trabalho tem as limitações inerentes à sua pequena casuística, embora represente 30% dos partos ocorridos em 2000. Esse é um período especial, pois nessa época havia grande motivação e cobrança para a aplicação da norma de episiotomia seletiva, que foi diminuindo com o tempo, até chegar aos dias atuais, onde a prevalência global encontra-se em torno de 90%. Esse não é um fenômeno isolado, pois mesmo Buekens & Belizán relatam que comportamento semelhante ocorreu na Argentina, onde os hospitais pesquisados em 1993 voltaram a apresentar elevada ocorrência de episiotomia. Este fato suscitou nos pesquisadores o desejo de realizar novo trabalho[12], desta feita realizando um processo de intervenção educacional, com o objetivo de fortalecer entre os profissionais a convicção da necessidade de implantação da episiotomia seletiva na prática clínica.

Em suma, este trabalho evidencia como a mudança das normas pode beneficiar as parturientes, diminuindo os riscos e os custos de procedimentos que a ciência moderna mostrou serem, em grande parte, desnecessários e até danosos. Esse é um exemplo do escopo de benefícios que a aplicação da Medicina Baseada em Evidências pode trazer à prática obstétrica. Em nossa opinião, é necessário um trabalho de sensibilização de todos os profissionais envolvidos na assistência ao parto no Hospital das Clínicas, através, por exemplo, de uma oficina sobre assistência ao parto, de modo a reforçar a necessidade de diminuição da freqüência de episiotomia, utilizando critérios racionais para maximizar o benefício do procedimento para realizá-lo apenas diante de indicações bem fundamentadas.

Referência bibliográficas

1. Cunningham FG , Gant NF, Leveno KJ, et al. Williams Obstetrics. 21st edition, New York: McGraw-Hill; 2001.

2. Schoon PG. Episiotomy: yea or nay. Obstet Gynecol Surv 2001; 56(11):667-9.

3. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane review). In: The Cochrane Library, issue 2, 2003. Oxford: update software.

4. Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the english–language literature since 1980—part I. Obstet Gynecol Surv 1995;50:806–20.

5. Borges BB, Serrano F, Pereira F. Episiotomia: Uso Generalizado *Versus* Selectivo. Acta Med Port 2003; 16: 447-54

6. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the english language literature, 1860-1980. Obstet Gynecol Surv 1983;38:322-38.

7. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine versus selective episiotomy: A randomised controlled trial. Lancet 1993; 342:1517–8.

8. Riffel MJ. Episiotomia: a dimensão oculta [dissertação de mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1997.

9. Rezende, J. Obstetrícia. 9ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2001.

10. Neme, B. Obstetrícia básica. 2ª edição, São Paulo: Sarvier; 2000.

11. FEBRASGO. Manual de Assistência ao Parto e Tocurgia, 2002.

12. Buekens P, Belizán JM. Improving prenatal care in Latin América (trabalho em andamento). Protocolo e justificativa disponíveis em http://gn.rti.org/resunits/index.cfm

13. Eason E, Labrecque M, Marcoux S, Mondor M. Anal incontinence after childbirth. CMAJ 2002; 166(3):326-30.

14. Gregory WT, Nygaard I. Childbirth and pelvic floor disorders. Clin Obstet Gynecol 2004; 47(2):394-403.

15. Sartore A, De Seta F, Maso G, R Pregazzi, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery Obstet Gynecol 2004;103:669 –73.

16. Goer, H. Obstetric myths versus research realities. Westport: Bergin & Garvey; 1995.

17. Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. Acta Obstet Gynecol Scand 2004; Apr;83(4):364-8.

18. Martins-Costa S, Ramos JGL, Brietzke E, et al. Episiotomia: o que há de verdade neste tradicional procedimento? Femina 2001; 29: 201-4.

19. Althabe F, Belizán JM, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America:hospital based descriptive study. BMJ 2002;324:945–6

20. Webb DA, Culhane J. Time of day variation in rates of obstetric intervention to assist in vaginal delivery. J Epidemiol Community Health 2002;56(8):577-8.

21. Janni W, Schiessl B, Peschers U et al. The prognostic impact of a prolonged second stage of labor on maternal and fetal outcome. Acta Obstet Gynecol Scand. 2002 Mar;81(3):214-21.

22. Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2001.

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

4 - Considerações finais

A literatura médica está pacificada, para além de qualquer dúvida razoável, na convicção de que a Episiotomia de Rotina não tem mais lugar na hodierna Obstetrícia. Conseqüentemente, é constrangedor constatar que esse conhecimento não se traduz em imediata aplicação clínica, pois há uma enorme resistência entre os Obstetras, que impede a realização da episiotomia apenas com indicação clínica. Aliás, paulatinamente vão escasseando essas indicações, ficando mais patente a exigüidade de situações onde a episiotomia é indispensável.

Talvez se possa explicar a lentidão em mudar velhas práticas em favor de outras, mais corretas à luz das pesquisas clínicas, devido ao conservadorismo da classe médica e dos obstetras em particular. Essa percepção tem um laivo de preconceito, pois a resistência a mudanças é uma reação muito natural, principalmente quando há falta de sensibilidade para harmonizar o mundo das pesquisas clínicas ao cenário do cotidiano.

Não se pode praticar aquilo em que não se acredita. Para mudar, é necessário convencer, e não impor os achados de pesquisadores à assistência. É impossível mudar um paradigma tão fortemente arraigado por décadas de doutrinação sem que haja uma paciente sensibilização dos profissionais para aplicar os novos conhecimentos .

Os obstetras são capazes de assimilar e adotar práticas que se revelaram mais benéficas para suas pacientes, desde que estejam convencidos de sua utilidade. Acreditamos que a mudança de paradigma far-se-á apenas através da educação médica continuada, a única verdadeira transformadora da prática clínica.

5 - ANEXOS

5 - Anexos

ANEXO 1 – Questionário

ANEXO 2 – Parecer de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde

ANEXO 3 – Termo de Consentimento

ANEXO I - Questionário sobre Episiotomia Seletiva

Número do questionário: _____

Nome_____Pront._____

Endereço_____

_____

Data do Internamento: ___/___/___ Idade: ___anos Gesta:___ Para: ___

Episiotomia: Sim □ Não □

Se sim, qual das indicações abaixo:

Prematuridade □ Fórcipe □ Pélvica □ Occipito-posterior □

Macrossomia fetal □ Distocia de ombro □ Período expulsivo prolongado □

Outra (especifique): _____

Houve laceração: Não □ Sim □ (1° grau □ 2° grau □ 3° grau □ 4° grau □)

Hora do parto: ___h ___ min Tempo do período expulsivo: ____min

Idade gestacional: ___sem ___d Intercorrências:

_____

Episiotomia anterior : Sim □ Não □

Amniotomia: Sim □ Não □

UTI: Sim □ Não □ Transfusão: Sim □ Não □ Antibióticos: Sim □ Não □

Anestesia: Sim □ Não □ (local □ raquidiana □ peridural □ geral □)

Outras medicações: _____

Sexo RN: M□ F□ Peso: _____g Apgar 1° min ____ 5° min ____

Oxigenação com mascara na sala de parto: Sim □ Não □

Intubação na Sala de Parto: Sim □ Não □

OBSTETRA: _____ ANESTESISTA: _____

ANEXO II - Parecer do Comitê de Ética

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N.º **481/2003-CEP/CCS** Recife, 05 de dezembro de 2003.

Ref. **Protocolo de Pesquisa nº 318/2003-CEP/CCS intitulado "Avaliação da prática de episiotomia seletiva na Maternidade do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco".**

Senhor (a) Pesquisador (a):

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco CEP/CCS/UFPE analisou, de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o protocolo de pesquisa em epigrafe aprovando-o e liberando-o para início da coleta de dados em 03 de dezembro de 2003.

Ressaltamos que o pesquisador responsável deverá apresentar relatório, em 30/12/2004

Atenciosamente,

Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto
Vice - Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - CCS / UFPE

A
Elias Ferreira de Melo Júnior
Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente da UFPE

Av. Prof. Moraes Rego, s/n Cid. Universitária, 50670-901, Recife - PE, Tel/fax: 81 3271 8588; cepccs@npd.ufpe.br

ANEXO III - Termo de Consentimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - PACIENTES

Título do Projeto: AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DE EPISIOTOMIA SELETIVA NA MATERNIDADE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE

Pesquisador responsável : Elias Ferreira de Melo Júnior
Endereço residencial : Rua Barão de São Borja, 385/401-A . Boa Vista- Recife-PE.CEP: 50070-310 . Telefone: (0XX81)3423-1666

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de não aceitar participar, você não será prejudicada de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o pesquisador responsável, Elias Ferreira de Melo Júnior .

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Descrição do Projeto: Esta pesquisa irá estudar as mulheres que tiverem parto normal no Hospital das Clínicas, para avaliar a realização de um procedimento chamado episiotomia, que normalmente se realiza, mas que pode ser evitado se a paciente não necessitar aumentar o espaço para a saída do bebê. Sua participação é muito importante, pois através dela poderemos melhorar o atendimento das pacientes que dão a luz em nossa maternidade. Queremos sua colaboração para permitir o uso dos dados do seu prontuário médico e responder algumas perguntas que serão feitas pelo médico Elias Ferreira de Melo Júnior. As informações que receberemos serão mantidas em segredo e não serão usadas para prejudicar a senhora de nenhuma maneira. A participação na pesquisa não irá trazer riscos ou prejuízos para a senhora. Mesmo que a senhora venha a aceitar a participação nesta pesquisa, está garantido que poderá desistir a qualquer momento, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso, informar sua decisão, da maneira que a senhora desejar. A senhora não é obrigada a aceitar sua participação e não terá direito a nenhuma remuneração. A sra. poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. Seu nome não será divulgado sob nenhuma forma.

♦ CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG/ CPF/ n.º de matrícula _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo AVALIAÇÃO DA PRÁTICA DE EPISIOTOMIA SELETIVA NA MATERNIDADE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE. Fui informada e esclarecida pelo pesquisador Elias Ferreira de Melo Júnior sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo.

Local e data :

_____

Nome do pesquisador: _____ Assinatura: _____

Nome da voluntária: _____ Assinatura: _____

Nome da 1ª testemunha: _____ Assinatura: _____

Nome da 2ª testemunha: _____ Assinatura: _____

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo