

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Geraldo Alves
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
R449	Revisão da teoria e da prática médica [recurso eletrônico] / Organizadores Regiany Paula Gonçalves de Oliveira, Reginaldo Gonçalves de Oliveira Filho. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Revisão da Teoria e da Prática Médica; v. 1) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-606-5 DOI 10.22533/at.ed.065190309 1. Médicos – Prática. 2. Medicina – Pesquisa – Brasil. I. Oliveira, Regiany Paula Gonçalves de. II. Oliveira Filho, Reginaldo Gonçalves de. III. Série. CDD 610.696
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

CAPÍTULO 17	164
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E A PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA: REVISÃO INTEGRATIVA	
<i>Vitoria Christini Araújo Barros</i>	
<i>Rita de Cássia Sousa Lima Neta</i>	
<i>Dailane Ferreira Sousa</i>	
<i>Carolina Heitmann Mares Azevedo Ribeiro</i>	
<i>marcelino Santos Neto</i>	
<i>Janaina Miranda Bezerra</i>	
DOI 10.22533/at.ed.06519030917	
CAPÍTULO 18	174
A EPISIOTOMIA COMO PRÁTICA ROTINEIRA NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO	
<i>Jônatas Ferreira de Sá</i>	
<i>Isaac Daniel França Corado</i>	
<i>Larissa Tsukuda</i>	
<i>Letícia Costa Coêlho</i>	
<i>Taiza de Oliveira Zago</i>	
<i>Renata Campos de Pieri</i>	
<i>Vitor Ricobello Tavares</i>	
DOI 10.22533/at.ed.06519030918	
CAPÍTULO 19	186
SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON EM UM PACIENTE COM ARTRITE GOTOSA: UM RELATO DE CASO	
<i>Marcus Henrique Bandeira Dourado</i>	
<i>Murilo Lima Diniz Barbosa Romero</i>	
<i>Renata Brito Marinho</i>	
<i>João Menezes Júnior</i>	
<i>Aldicléya Lima Luz</i>	
DOI 10.22533/at.ed.06519030919	
CAPÍTULO 20	187
CINQUENTA ANOS DA LAGOQUILASCARIÁSE NO BRASIL (1968-2018)	
<i>Darlan Moraes Oliveira</i>	
<i>Jussara da Silva Nascimento Araújo</i>	
<i>Alice Silau Amoury Neta</i>	
<i>Jael Sanches Nunes</i>	
DOI 10.22533/at.ed.06519030920	
CAPÍTULO 21	192
LEISHMANIOSE VISCERAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS EM HUMANOS	
<i>Tyanna Maria Bonfim de Moraes</i>	
<i>Cecilma Miranda de Sousa Teixeira</i>	
<i>Raphael Caetano Rosa Abreu</i>	
<i>Talita Pompeu da Silva</i>	
<i>Kleber Augusto Fernandes de Moraes</i>	
DOI 10.22533/at.ed.06519030921	

A EPISIOTOMIA COMO PRÁTICA ROTINEIRA NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Jônatas Ferreira de Sá

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,
Curso de Medicina
Três Lagoas – MS

Isaac Daniel França Corado

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,
Curso de Medicina
Três Lagoas – MS

Larissa Tsukuda

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,
Curso de Medicina
Três Lagoas – MS

Letícia Costa Coêlho

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,
Curso de Medicina
Três Lagoas – MS

Taiza de Oliveira Zago

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,
Curso de Medicina
Três Lagoas – MS

Renata Campos de Pieri

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,
Curso de Medicina
Três Lagoas – MS

Vitor Ricobello Tavares

Universidade Federal do Mato Grosso do Sul,
Curso de Medicina
Três Lagoas – MS

obstétrico que objetiva, por meio de uma incisão cirúrgica no períneo, evitar lacerações na região, além de acelerar o período expulsivo do parto. É uma técnica antiga e há muito tempo praticada na medicina, mas atualmente têm se observado evidências que provam os malefícios gerados pela episiotomia. Apesar disso, a incidência no Brasil e em outros países da América Latina ainda é elevada e até mesmo banalizada, pois a utilização da técnica é realizada como rotina em partos normais. Este presente estudo constitui um ensaio crítico que visa discutir sobre o assunto por meio da observação do contexto histórico, disseminação do procedimento no meio obstétrico, aspectos médicos atuais, fatores de risco e variáveis clínicas, além das complicações provocadas no puerpério. Por meio de discussões é possível reavaliar os critérios e estimular o uso seletivo ou até mesmo reduzir a incidência.

PALAVRAS-CHAVE: episiotomia, violência obstétrica, humanização.

EPISIOTOMY AS ROTARY PRACTICE IN CARE OF PARTURITION AND BIRTH

ABSTRACT: An episiotomy is an obstetric procedure that aims to prevent lacerations in the region by means of a surgical incision in the perineum, in addition to accelerating the expulsive delivery period. It is an ancient

RESUMO: A episiotomia é um procedimento

technique and has long been practiced in medicine, but evidence has now been found to prove the harm caused by the episiotomy. Despite this, the incidence in Brazil and in other Latin American countries is still high and even trivialized, since the use of the technique is performed routinely in normal deliveries. This present study constitutes a critical essay that aims to discuss the subject through historical observation, dissemination of the procedure in the obstetric environment, current medical aspects, risk factors and clinical variables, as well as the complications caused in the puerperium. Through discussions it is possible to re-evaluate the criteria and stimulate selective use or even reduce incidence.

KEYWORDS: episiotomy, obstetric violence, humanization.

1 | INTRODUÇÃO

Na problemática da exposição de mulheres e crianças a determinadas situações de risco, a vulnerabilidade social destas é determinante para sua morbimortalidade, destacando-se mortes maternas e neonatais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). As complicações relacionadas a maternidade matam cerca de 287 mil mulheres em todo o mundo, anualmente. (WHO, 2012). Os índices de mortalidade materna brasileiros tem diminuído nas últimas décadas (VICTORA et al., 2011), mas ainda se mantém distantes do que se consideraria desejável e aceitável (PASCHE et al., 2010).

Uma parcela expressiva destas mortes em território brasileiro poderia ser evitada por ações dos serviços de saúde. Entretanto o fato de a assistência ao parto no Brasil ser essencialmente institucionalizada, ou seja, realizada principalmente em hospitais e por profissionais de saúde habilitados, variando de 85 a 97% a atenção hospitalar ao parto, revela que a oferta e a disponibilização de saberes, maior acesso à tecnologia, insumos e equipamentos, a maior presença de profissionais e protocolos médicos não garantem, sozinhos, a reversão em tempo esperado do quadro de mortalidade materna e neonatal (PASCHE et al., 2010), o que é considerado um paradoxo perinatal (DINIZ, 2009), paradoxo esse que aponta para o atual modelo de atenção.

Ainda que a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) em suas diretrizes enfatize por boas práticas de atenção baseadas em evidências científicas e que o parto é um evento natural que não necessita de controle, mas sim de cuidados, o modelo de atenção ao parto vaginal, vulgo normal, mais comum no Brasil é o tecnocrático, que tem como protagonista o médico em ambiente hospitalar (RABELO e OLIVEIRA, 2010).

Neste atual modelo tecnocrático e hegemônico de atenção obstétrica e neonatal, o processo de parto e nascimento é frequentemente percebido como patológico. Segundo Pasche, Vilela e Martins (2010), este processo é então abordado a partir de práticas médicas calcadas na concepção biomédica, na incorporação de tecnologias e insumos e na organização taylorista do ambiente e dos processos de trabalho.

O corpo da mulher é encarado como uma máquina que deve ser entendida por

meio do método científico que separa as partes do todo, e para aumentar a eficiência de uma máquina – vista como imperfeita-, são necessárias várias outras máquinas. Dessa forma, diversas tecnologias são empregadas sem a devida avaliação da sua real necessidade, eficácia e segurança.

Ou seja, ainda que boa parte dos avanços médicos adotados possam efetivamente prevenir morbidade e mortalidade na assistência ao parto, se usados com parcimônia, segundo Sodré e Lacerda (2007), a evidente contradição é que muitas das complicações não vêm diminuindo e são, muitas vezes, causadas justamente por esse avanço, por meio da generalização de sua necessidade e uso abusivo de técnicas e procedimentos. De acordo com Pasche, Vilela e Martins (2010), esse modelo submete a mulher, tida como incapaz de compreender as questões médicas envolvidas nas decisões, a normas e rotinas rígidas, que não respeitam o seu corpo e o seu ritmo natural e individual, e a impede de exercer seu protagonismo, movimento que pode ser anunciado como iatrogenia cultural.

Evidências científicas têm demonstrado que muitas práticas correntes na assistência obstétrica e neonatal são aplicadas sem a devida validação por estudos científicos ou de forma desnecessário. O uso rotineiro de práticas e intervenções já consideradas obsoletas pelas evidências atuais deve ser evitado, entre essas se destaca a episiotomia, da qual trata este trabalho.

A episiotomia é definida como uma incisão cirúrgica no períneo, utilizada no período expulsivo do trabalho de parto com o objetivo de ampliar a dimensão da vagina para o nascimento. (MYERS-HELFGOTT e HELFGOTT,1999). O seu uso objetiva a redução da probabilidade de lacerações perineais de terceiro grau, alega-se que, sendo uma incisão reta e limpa, a episiotomia pode ser mais fácil de ser reparada e cicatrizar melhor que uma laceração. Para o recém-nascido, sugere-se que possa diminuir a probabilidade de asfixia, traumatismo craniano, hemorragia cerebral e retardo mental. Por outro lado, pode causar complicações como a extensão do corte com lesão de esfíncter anal e retal, resultados anatômicos não satisfatórios tais como pregas cutâneas, assimetria ou estreitamento excessivo do introito, prolapso vaginal, fístula reto-vaginal e fístula anal, aumento na perda sanguínea e hematomas, dor e edema locais, infecção, deiscência e disfunção sexual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Segundo o Ministério da Saúde (2014) o seu uso pode ser considerado, mas não mandatório, em situações onde os benefícios possam ser maiores que os riscos tais como: distócia de ombro, parto pélvico, fórceps ou extrações a vácuo, variedades de posições posteriores ou em situações onde seja óbvio que a falha da sua realização possa resultar em trauma perineal maior.

A episiotomia é muitas vezes realizada sem o consentimento da paciente, e assim sem informar sobre possíveis indicações e benefícios, riscos que envolvem o procedimento e possíveis complicações (DÔSSIE DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, 2012) ou tratamentos alternativos. De acordo com o a OMS, o uso liberal ou rotineiro da

episiotomia é considerado uma prática frequentemente utilizada de modo inadequado (OMS, 1996). Segundo Lago e Lima (2009), a frequência média da prática no Brasil chega a 71% de todos os partos vaginais.

A intervenção pode ser observada pela ótica da violência institucional na atenção obstétrica como um procedimento que apresenta potencial para violação da integridade física, psicológica, emocional e sexual da mulher. Esta violência caracteriza-se pela apropriação indevida pelo profissional do corpo, estado de saúde e todo processo reprodutivo da mulher, por meio de tratamentos não humanizados, excesso de medicalização e pela visão patológica de processos naturais como o parto, levando a perda da autonomia e trazendo prejuízo à capacidade de decidir de forma livre e consciente sobre seu corpo e sexualidade, com consequências negativas para a qualidade de vida das mulheres (SOARES et al., 2015).

O predomínio do modelo biomédico e a utilização acrítica do conhecimento técnico, sobretudo em hospitais, que se encontram entre as instituições contemporâneas mais impermeáveis às mudanças e às inovações, sobretudo na gestão (PASCHE et al., 2010), podem tornar difíceis iniciativas de implementação de ações e tentativas de mudanças, no entanto vem ganhando força no cenário internacional e nacional, o movimento pela humanização do parto, o qual se apoia em proposta de mudanças do modelo e da prática assistencial, com base nas recomendações científicas atuais, bem como uma prática baseada nos direitos das mulheres, com vistas a uma maternidade segura e também prazerosa.

2 | DESENVOLVIMENTO

2.1 Surgimento e Disseminação

A episiotomia foi introduzida no século XVIII por Fielding Ould, famoso obstetra irlandês, como um procedimento que poderia ser realizado de maneira excepcional, com a finalidade de facilitar o nascimento em partos complicados e evitar lacerações graves do períneo (MATTAR et al., 2007). Dubois sugeriu, em 1847, a incisão oblíqua no períneo, hoje conhecida como episiotomia médio-lateral. Porém, não ganhou popularidade no século XIX, devido à falta de disponibilidade de anestesia e das elevadas taxas de infecção associadas ao procedimento (NUGENT, 1935).

O procedimento foi se disseminar no século XX, sobretudo nos Estados Unidos e em países latino-americanos, incluindo o Brasil. Foi uma época de mudanças na percepção do nascimento onde este deixou de ser visto como um evento normal que necessitava do mínimo de intervenção e passou a ser tido como um evento patogênico requerendo intervenções médicas intensas para evitar complicações para a mãe e para o feto. (AMORIN e KATZ, 2008). Esse período coincidiu com o início da prática da hospitalização para a assistência ao parto (NEME, 2000)

Em diversos países, principalmente nos EUA e em países latino-americanos,

a episiotomia tornou-se disseminada no século XX. No Brasil, foi adotada pelos profissionais somente a partir de 1970, tornando-se rapidamente em um procedimento comum nos hospitais do país (PROGIANT et al., 2008).

Contradizendo o que propôs Ould, a episiotomia passou a ser recomendada sistematicamente por dois ginecologistas famosos, Pomeroy e DeLee. Pomeroy, em 1918 escreveu o artigo intitulado “Deveríamos cortar e reparar o períneo de todas as primíparas?” aonde mostrou sua preferência pela episiotomia mediana e indicou que a técnica fosse realizada em primigestas para evitar traumas cranianos no bebê (LABRECQUE et al., 2000; MATTAR et al., 2007). DeLee, na década de 1920 publicou "*The Prophylactic Forceps Operation*", tratado no qual recomendava episiotomia e fórceps de alívio a todas as primíparas. Decorre desses trabalhos a ideia, até hoje bastante difundida, de que a episiotomia seria necessária para preservar a integridade do assoalho pélvico, para prevenir as lacerações perineais graves e minimizar o risco de trauma fetal, prevenindo a hipóxia (AMORIN e KATZ, 2008), o trauma craniano, a hemorragia cerebral e o retardo mental, além de proteger os fetos prematuros da pressão causada contra o períneo, reduzindo possíveis sequelas do trabalho de parto (MELO JUNIOR et al., 2006).

As conclusões de DeLee e Pomeroy passaram a ser aceitas como verdade incontestáveis e disseminada em todo mundo, transcritas em tratados de obstetrícia, embora não existissem comprovações científicas da segurança e nem da efetividade do procedimento (AMORIN e KATZ, 2008).

A utilização da episiotomia cresceu consideravelmente a partir da década de 1950 devido a ideia de muitos médicos de que a sua realização reduzia significativamente o período expulsivo do parto, o que lhes permitiria atender a demanda mais rapidamente (MYERS e HELFGOTT, 1999). Vale também lembrar que o uso se tornou bem mais frequente com a adoção do parto em posição horizontal e da prática sistemática do fórceps de alívio, fazendo-se necessária a obtenção de “espaço extra” para a manipulação vaginal. Já o próprio uso de fórceps também se tornou mais recorrente em partos hospitalares, devido à utilização de técnicas de anestesia que prejudicavam os esforços expulsivos maternos por terem como efeito colateral certo grau bloqueio da contração muscular (AMORIN e KATZ, 2008).

Dessa forma, fica claro que uma técnica desenvolvida para ser utilizada de forma eventual se disseminou e se tornou rotineira sem que houvesse comprovação de sua segurança tão pouco de sua eficácia. Se propagou concomitantemente a prática do fórceps de alívio visando encurtar o tempo do trabalho de parto e beneficiar aos obstetras que podem então atender a uma demanda maior, não sendo levados em consideração os problemas que a técnica poderia causar à mãe.

O número de episiotomias só passou a reduzir a partir da década de 1970, devido a contestação do procedimento pelos movimentos feministas e pelas campanhas pró parto ativo. Junto a isso foram publicados os primeiros estudos clínicos bem conduzidos sobre o assunto, que apontaram para a falta de evidências quanto a sua

eficácia e alertaram sobre os riscos associados a sua prática, com isso, passou-se a questionar o uso rotineiro da episiotomia (AMORIN e KATZ, 2008; RIMOLO, 2011).

2.2 Incidência

A Organização Mundial de Saúde sugere uma taxa ideal de realização da episiotomia nos diversos serviços de saúde em torno de 10% a 15% (OMS, 1996), realidade em muitos países europeus. Infelizmente, no Brasil, em alguns locais, a situação é ainda distante do preconizado pela OMS, e o procedimento é realizado em, aproximadamente, 94% dos partos vaginais (DINIZ, 2004).

Na atualidade, as taxas de episiotomia variam em todo o mundo e vão de 9,7% na Suécia a 96,2% no Equador. A incidência é menor em países desenvolvidos como Canadá (23,8%) e Estados Unidos (32,7%) e significativamente maior em países em desenvolvimento como Brasil (94,2%), África do Sul (63,3%) e China (82%) (BASTON e HALL, 2011)

Costa et al (2011), relatou percentual de realização da episiotomia de 90% nos partos vaginais no Brasil. Observa-se nesse estudo que houve um declínio considerável, embora não satisfatório, pois essa prática ainda continua sendo utilizada em níveis extremamente elevados nas maternidades do Brasil.

Embora as recomendações sobre a realização da episiotomia sejam restritivas, sua frequência continua elevada. Não há consenso na literatura em relação à frequência ideal, porém, ao se considerar as restrições de indicações específicas, encontra-se que 20% já seria um número razoável (CARVALHO et al.,2010).

Carvalho, Souza e Moraes Filho (2010) avaliaram ainda a prevalência da episiotomia em um centro de referência de parto de Pernambuco, o resultado foi de 29,1%. Percebe-se que houve uma redução, considerada como ponto positivo pelo Ministério da Saúde e pela OMS, e que a incidência não é homogênea em todo país, e sim dependente do local em questão.

A incidência no Brasil, portando, supera em mais de 6 vezes a recomendação da OMS e mais de 9 vezes a incidência em países desenvolvidos, como a Suécia. Essa desproporção deixa claro que o país precisa avançar muito na formação de seus obstetras e dar ênfase em um modelo de cuidado mais humanizado que priorize o bem-estar da paciente.

2.3 Critérios e Variáveis para a Realização da Episiotomia

Estudos mais recentes têm demonstrado que a relação custo-benefício do procedimento de episiotomia é desfavorável (BALLESTEROS-MESEGUER et al. 2016) O uso rotineiro da prática não acarreta, de modo geral, bons resultados para as pacientes no puerpério. Atualmente esse procedimento tem sido reavaliado e utilizado com mais critério, além de ser substituído pela utilização seletiva direcionada por variáveis clínicas. Tais variáveis ainda estão sendo estudadas para oferecer mais

evidências e credibilidade científica.

Existem muitos fatores obstétricos que propiciam maior probabilidade do uso da episiotomia pelos profissionais da saúde no momento do parto (RIMOLO et al. 2011). Alguns desses fatores são: sofrimento fetal, macrosomia, expulsão fetal lenta, prematuridade, necessidade de abreviar o período expulsivo, distócia de ombro, utilização do fórceps, risco de laceração perineal espontânea, primiparidade, exaustão materna, períneo pouco elástico e outros.

O quadro a seguir discute alguns desses fatores:

Variável Obstétrica	Indicação para a episiotomia
Paridade	Em primíparas a incidência de episiotomia tende a ser maior em comparação com as múltiparas
Idade Gestacional	Há uma tendência maior de realizar a episiotomia em partos pós-termos (> 41 semanas) em comparação com partos a termos (37 a 41 semanas)
Início do parto	Em partos induzidos ou estimulados a realização de episiotomia é maior em comparação com partos espontâneos
Tipo de analgesia	Há uma tendência maior à realização da episiotomia nos partos com analgesia epidural em relação àqueles sem analgesia ou com anestesia local (perineal)
Administração de ocitocina	Em partos nos quais há uso da ocitocina para estimular as contrações uterina há maior ocorrência da realização de episiotomia em comparação com o não uso
Posição da paciente durante a fase de expulsão fetal	Há uma maior tendência de realizar a episiotomia na posição de litotomia. Em outras posições (supino, sentada, lateral, em pé, agachada e quadrúpede) estão associadas ao uso menos frequente da episiotomia.
Peso do neonato	Em neonatos com peso inferior a 2500 g a tendência é a não realização da episiotomia. Em comparação, há maior tendência em realizar a episiotomia nos partos com neonatos pesando acima entre 2500 a 4000 g ou acima de 4000g
Nível de instrumentação do parto normal	Há maior tendência de realização da episiotomia em partos instrumentados (como o uso do fórceps) se comparado a partos não instrumentados.

É importante ressaltar que em pacientes primíparas a episiotomia aumenta o risco de lacerações no parto seguinte e também amplia a possibilidade da realização desse mesmo procedimento no futuro (BALLESTEROS-MESEGUER et al. 2016).

Com relação ao horário do parto foi observado que no período diurno (dez da manhã ate dez da noite) há maior ocorrência de episiotomia em comparação com o período noturno. A explicação para isso se deve ao fato de que no período diurno há maior demanda de serviço médico por causa do elevado fluxo de pacientes nesse período. Com isso, os profissionais demonstram menor tolerância e maior propensão em utilizar técnicas que acelerem o trabalho de parto, entre elas a episiotomia (MELO JÚNIOR et. al 2006). Isso constitui um grave problema na prestação dos serviços de saúde devido ao fluxo desproporcional à capacidade de atendimento, o que acaba comprometendo a qualidade do atendimento oferecido. Por outro lado, há ainda conservadorismo por parte dos profissionais em relação ao uso da episiotomia

que, apesar de consolidada pelo uso empírico ao longo de décadas, atualmente há comprovação dos malefícios que o procedimento pode provocar no puerpério. Tal tradicionalismo médico gera um hiato entre a evidência científica e sua devida aplicação na prática médica.

2.4 Complicações Pós-Episiotomia

As complicações que envolvem a episiotomia são diversas e podem oferecer risco para as pacientes no puerpério. As possíveis complicações são: infecções, lacerações do períneo em grau III e IV, deiscência, abscesso, hemorragia, lesão de terminações nervosas (nervo pudendo), fístula retovaginal e outras (VIANA et al 2011).

Como a vascularização da vulva, vagina e períneo aumenta durante a gravidez a episiotomia pode provocar perda de sangue adicional na paciente, além da possibilidade da formação de um hematoma, o que pode gerar dor.

O corte também pode predispor a infecção, já que a região apresenta rica colonização por diversos microorganismos (microbiota vaginal, cutânea e retal). Isso pode gerar febre, secreção purulenta e inflamação no local, que se não for tratada devidamente, pode provocar sinais sistêmicos. A episiotomia também pode lesionar terminações do nervo perineal e ramos do nervo pudendo. Isso pode provocar perda de sensibilidade no local e atrapalhar relações sexuais.

A ocorrência de laceração perineal nas pacientes que realizaram episiotomia é cerca de sete vezes maior em comparação com as que não realizaram (CARVALHO et al 2010 em COSTA et al 2015). As lacerações de grau 3 e 4 afetam esfíncter anal e mucosa retal podendo provocar vários problemas como incontinência fecal, incontinência urinária, fístulas retovaginais, dispaneuria, dor perineal e outros. Tais lacerações ocorrem com mais frequência nas episiotomias medianas do que nas médio-laterais. Entretanto, quando o procedimento é evitado esse problema tem baixa incidência.

Podem ocorrer impactos negativos, em termos físicos, nas pacientes por causa dos danos relacionados às marcas cicatriciais deixadas pelo procedimento. Isso pode gerar problemas estéticos e anatômicos, além de afetar a autoestima, relacionamento sexual da paciente com o parceiro provocando constrangimento para a mulher (LOPES et al.2012 apud COSTA et al 2015).

Além dos efeitos negativos na parte estética, existem os danos psicológicos sobre as primíparas, pois têm seus direitos sexuais e reprodutivos violados por se tratar de uma intervenção sem o consentimento da paciente (FIGUEREIRO et al., 2011 em COSTA et al 2015).

Outros problemas acarretados pela episiotomia são: utilização e prolongamento do uso de sondas urinárias, uso de anestésicos mais potentes, maior tempo de internação e necessidade de antibioticoterapia (CARVALHO et al 2010 em COSTA et al 2015).

2.5 Alternativas e Mudanças

Não obstante a falta de evidências sólidas para a indicação da episiotomia irrestritamente, livros-texto rotineiros no processo de educação médica ainda preconizam tal atitude, como em Zugaib (2008), em que pese o bem-estar da mulher e seus direitos reprodutivos (SANTOS e SHIMO, 2008). É notável, portanto, considerar sua prática indiscriminada como exemplo crasso de desrespeito aos direitos humanos no tocante às práticas em saúde (DINIZ, 2004).

Diante desse quadro, fica claro que a prática da episiotomia guiada pelas melhores evidências e análise singular de cada caso esbarra em relutância e, até mesmo, ignorância por parte das equipes obstétricas, tendo em vista o manual de assistência ao parto, que aconselha o procedimento em situações como sofrimento fetal, lesão grave de períneo e fase expulsiva alongada (OMS, 1996). No entanto, estas situações não estão tão bem sedimentadas a ponto de serem inquestionáveis, como, por exemplo, em casos de laceração perineal iminente (ANTHUBER, 2004 apud CARVALHO et al, 2010). Além das implicações cirúrgicas envolvidas na tomada de decisão, é salutar reforçar o papel da mulher enquanto atuante no processo de escolha, sendo respeitada, portanto, sua autonomia e seu consentimento (BRASIL, 2001) no processo de aceitação ou não de tais intervenções, tendo em vista que muitas das vezes, sob a égide da (má) ciência, os médicos implicam em escolha que não estão em consonância com a vontade da parturiente (SANTOS e SHIMO, 2008).

É preciso, portanto, entender os anseios da paciente e melhor preparar a equipe multidisciplinar para evitar procedimentos desnecessários, com vistas à diminuição da prática de episiotomia de rotina (CHIGBU et al, 2008). O uso da técnica deve ser melhor delimitado, seguindo indicações específicas e com o maior grau de evidência possível (MELO et al, 2006), pois a área ainda carece de maiores estudos para uma abordagem mais satisfatória acerca da prática suas próprias atitudes, tendo em vista que estas, muitas vezes, são praticadas de forma arrefletida, desconsiderando os últimos trabalhos da área e piorando a relação com paciente e família (KHRESHEH et al, 2009). Como descrito por MELO e colaboradores (2006) a sensibilização dos profissionais é importante para desenvolver a empatia e a tomada de decisão compartilhada. Por último, faz-se necessária a racionalização na criação de medidas que, efetivamente, garantam o cumprimento das normas e protocolos mais condizentes com a prática de episiotomia, tendo como princípios a não-maleficência, o tratamento individualizado e humanizado da parturiente (SANTOS e SHIMO, 2008).

3 | CONCLUSÃO

Apesar da prática ser procedimento padrão nos centros obstétricos mundo afora, a episiotomia de rotina é cada vez mais desaconselhada pelas novas diretrizes que

preconizadas pelas principais organizações de saúde, embora haja enorme relutância da classe médica. As novas evidências, baseadas em observacionais com grandes amostras, sugerem o rompimento desse paradigma, tendo a decisão compartilhada e a indicação seletiva como pontos-chave na atuação multidisciplinar da equipe obstétrica, com vistas à melhor puerpério e recuperação da parturiente. Contudo, não restam dúvidas que são necessários mais estudos com vistas à sedimentação dessas novas diretrizes de indicação individualizada, proporcionando a racionalização dos gastos dos sistemas de saúde e menores indicadores de comorbidades pós-intervenções obstétricas.

REFERÊNCIAS

AMORIN, M.M.R.; KATZ, L. O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. **Femina**, v.36, n.1, p.47-54, 2008.

BALLESTEROS-MESEGUER, C.; CAMILLO-GARCIA, C.; MESENGUER-DE-PEDRO, M.; CANTERAS, M.J.; ROCHE, M.E. . Episiotomy and its relationship to various clinical variables that influence its performance. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto ,v. 24, 2016.

BASTON, H.; HALL, J. **O parto: uma abordagem humanizada**. Elsevier: Rio de Janeiro v.3, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto e do nascimento, Cadernos HumanizaSUS, Brasília, v.4, 465p., 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001.

CARVALHO, C. C. M.; SOUZA, A.S.R.; MORAIS FILHO, O.B. Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências. **Femina** v.38, n. 5, p.265-270, 2010.

COSTA, N. M. Episiotomia nos partos normais: uma revisão de literatura. **Facene/Famene**, v. 9, n. 2, p. 45-50, 2011.

COSTA, L. M; PINHEIRO, N.M.; SANTOS, L.F.P.; COSTA,S.A.A.; FERNANDES, A.M.G. Episiotomia no parto normal: incidência e complicações. **Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX**, Natal, v. 13, n. 1, p.173-187, 2015.

CHIGBU, B.; ONWERE, S.; ALUKA, C.; KAMANU, C.; ADIBE, E. Factors influencing the use of episiotomy during vaginal delivery in South Eastern Nigeria. **East Africa Medical Journal**, Aba, v.85, n.5, p.240-243, 2008.

DINIZ, S. G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista brasileira de crescimento desenvolvimento humano**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DINIZ, S.G.; CHACHAM, A.S. “The cut above” and “the cut below”: the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. **Reproductive Health Matters**, London, v.12, n.23, p.100-110, 2004.

FRASS, K. A.; AL-HARAZI, A. H. Episiotomy is still performed routinely in Yemeni women. **Saudi Medical Journal**, Sana’a, v.31, n.7, p.764-767, 2010.

JUNIOR, E. F. M.; LIMA, M.C.; FREIRE S. Fatores associados à realização seletiva de episiotomia em hospital universitário. **Revista Ciência Médica**, v.15, n.2, p.95-101, 2006.

LABRECQUE, K.J. Episiotomia de rotina: as evidências contra. **Diagnóstico e Tratamento**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 43-50, 2000

LAGO, T.; LIMA, L.P. Assistência a gestação, ao parto e puerpério: diferenças regionais e desigualdades socioeconômicas. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**, Brasília. p.151-170, 2009.

KHRESHEH, R.; HOMER, C.; BARCLAY, L. A comparison of labour and birth outcomes in Jordan with WHO guidelines: a descriptive study using a new birth record. **Midwifery**, v.25, n. p.11-18, 2009.

MATTAR, R.; AQUINO, M.M.A.; MESQUITA, M.R.S.M. A prática da episiotomia no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, v.29, n.1, p.1-2, 2007.

MELO JUNIOR, E.F.; LIMA, M.C.; FREIRE, S. Fatores associados a realização seletiva da episiotomia em hospital universitário. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v.15, n.2, p.95-101, 2006.

MYERS-HELFGOTT, M.; HELFGOTT, W. Routine use of episiotomy in modern obstetrics. Should it be performed? **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v.26. p.305-325, 1999.

NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 2.ed. São Paulo: Sarvier, 2000, p. 190-212.

NUGENT, F. The primiparous perineum after forceps delivery. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, New York, v.30, p.249-254, 1935.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. **Assistência ao Parto Normal: um guia prático**. Genebra, 1996.

PASCHE, D. F.; VILELA, M. E. de A.; MARTINS, C. P. Humanização da atenção ao parto e nascimento no Brasil: pressuposto para uma nova ética na gestão e no cuidado. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, Brasília, v. 4, n. 4, 2010.

PROGIANTI, J.M.; ARAÚJO, L.M.; MOUTA, R.J.O. Repercussões da episiotomia sobre a sexualidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.45-49, 2008.

RABELO, L. R.; OLIVEIRA, D. L. de. Percepções de enfermeiras obstétricas sobre sua competência na atenção ao parto normal hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 213-220, mar. 2010.

REDE DO PARTO DO PRINCÍPIO – Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. Violência Obstétrica: “Parirás com dor”. **Dossiê elaborado para a CPMI da Violência Contra as Mulheres**, Brasília, 188p., 2012.

RIMOLO, M.L. *Crerios para realização da episiotomia: uma revisão integrativa*, 2011, 50f. Trabalho de conclusão de curso - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SANTOS, J.O.; SHIMO, A.K.K. Prática rotineira da episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 645-650, 2008.

SOARES, B.P.; VASCONCELOS, T. C.; QUARESMA, J. S.; RODRIGUES, R.L.S.; ALCÂNTARA, J.P.B.; COSTA, M.Q. Violência obstétrica e suas implicações. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, Montes Claros, v. 4, p.93-94, 2015.

SODRÉ, T. M.; LACERDA, R. A. O processo de trabalho na assistência ao parto em Londrina. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, 2007.

VIANA, I. O.; QUINTÃO, A.; ANDRADE, C.R.A.; FERREIRA, F.A.; DUMONT, R.D.; FERRAZ, F.O.; LOBATO, H.; PRADO, C.E.V.; OSANAN, G.C. Episiotomia e suas complicações: revisão da literatura. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v.21, n.4, p.43-46, 2011.

VICTORA, C.G.; ESTELA, M.L.; AQUINO, M.C.L.; MONTEIRO, C.A.; BARROS, F.C.; SZWARCOWALD, C.L. **Saúde de mães e crianças no Brasil**: progressos e desafios. Saúde no Brasil, Pelotas, v.2, p.32-46, 2011.

ZUGAIB, M. Assistência ao trabalho de parto. In: **Obstetrícia**. São Paulo: Manole, p. 362-372, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality**: 1990 to 2010 WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank estimates. Geneva, p. 59, 2012.