

O papel da episiotomia na obstetrícia moderna

The role of episiotomy in modern obstetrics

ATUALIZAÇÃO

A episiotomia persiste como um dos procedimentos mais realizados em Obstetrícia em diversos países. Entretanto, embora venha sendo praticada por aproximadamente 250 anos, sua realização permanece controversa. Vários ensaios clínicos randomizados bem controlados foram publicados sobre o assunto, fornecendo evidências nível I. No presente artigo, os autores revisam as melhores evidências disponíveis pertinentes aos supostos benefícios percebidos para a episiotomia no passado, bem como aos seus efeitos deletérios. A episiotomia de rotina era anteriormente considerada pelos obstetras uma estratégia para proteger o períneo, o assoalho pélvico e o feto das lesões do parto, porém gradualmente tem se demonstrado tratar-se de procedimento desnecessário e prejudicial. Com o advento da Medicina Baseada em Evidências, os obstetras precisam considerar que os riscos de lesão materna superam os possíveis benefícios. Além de não proteger o assoalho pélvico, a episiotomia aumenta a frequência de dor perineal, dispareunia, perda sangüínea, laceração do esfíncter anal, lesão retal e incontinência anal, sem reduzir as taxas de incontinência urinária ou melhorar os resultados neonatais. Quando realizada rotineiramente sem indicação precisa, a episiotomia foi descrita por Marsden Wagner como mutilação genital feminina, devendo, portanto, ser evitada. Em relação à prática da episiotomia, alguns autores sugerem que a melhor recomendação é representada pelo ditado: "Não faça nada, sente-se!".

Melania Maria Ramos de Amorim¹
Leila Katz²

Palavras-chave

*Episiotomia
Períneo/lesões
Medicina Baseada em Evidências*

Keywords

*Episiotomy
Perineum/injuries
Evidence-Based Medicine*

Episiotomy remains as one of the most performed procedures in obstetrics in several countries. Despite the fact that it has been performed for nearly 250 years, the use of this procedure remains highly controversial. Several well-conducted randomized clinical trials on this issue have been published and provided level I evidence. In this article the authors review the best available evidence for the previously perceived benefits of episiotomy and also the detrimental effects. The routine episiotomy, once considered by obstetricians as a strategy to protect the perineum, the pelvic floor, and the fetus from injuries of parturition, has been gradually shown to be an unnecessary and deleterious procedure. With the advent of evidenced-based medicine, obstetricians have come to realize that the risks of maternal damage outweigh the possible benefits. Rather than protecting the pelvis, it has been shown to increase postpartum perineal pain, dyspareunia, blood loss, anal sphincter laceration, rectal damage, and anal incontinence while doing nothing to reduce urinary incontinence or improve neonatal outcome. When performed routinely with no precise indication, episiotomy was described by Marsden Wagner as a genital mutilation and must be avoided. Some authors suggest the best advice lies in the dictum "Don't just do something, sit there!".

¹ Doutora em Tocoginecologia pela Unicamp. Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil do Instituto Materno-Infantil Prof. Fernando Figueira – IMIP e Professora Adjunta de Ginecologia e Obstetrícia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Instituto Materno-Infantil Prof. Fernando Figueira (Recife-Pernambuco) e Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

² Doutora em Tocoginecologia pela UNICAMP, Coordenadora da UTI Obstétrica do IMIP e Professora do Programa de Pós-graduação em Saúde Materno-Infantil do Instituto Materno-Infantil Prof. Fernando Figueira – IMIP. Instituto Materno-Infantil Prof. Fernando Figueira (Recife-Pernambuco) e Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Histórico

A episiotomia consiste na incisão do períneo para ampliar o canal de parto e sua prática foi historicamente introduzida no século XVIII por Sir Fielding Ould (1742), obstetra irlandês, para ajudar o desprendimento fetal em partos difíceis. Em 1847, Dubois sugeriu a realização de uma incisão oblíqua no períneo, moderadamente conhecida como *episiotomia médio-lateral* (Figura 1). Entretanto, o procedimento não ganhou popularidade no século XIX, em função da falta de disponibilidade de anestesia e das altas taxas de infecção.¹

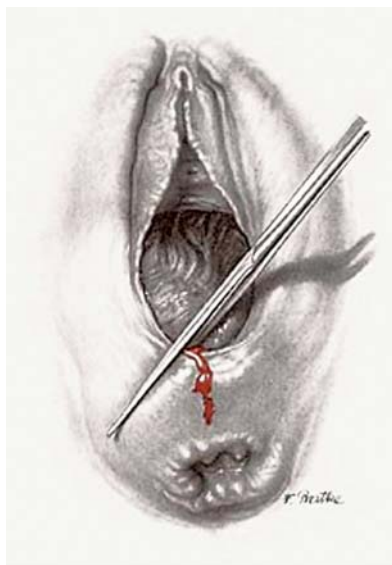


Figura 1 - Episiotomia médio-lateral

O procedimento tornou-se disseminado no século XX em diversos países, sobretudo nos Estados Unidos da América e países latino-americanos, entre eles o Brasil. Foi a época em que a percepção do nascimento como um processo normal requerendo o mínimo de intervenção foi substituído pelo conceito do parto como um processo patogênico, requerendo intervenção médica para prevenir lesões maternas e fetais.

A popularidade da episiotomia difundiu-se enormemente a partir das recomendações de obstetras famosos, como Pomeroy² e DeLee³. Este último, na década de 1920, lançou um tratado (*The Prophylactic Forceps Operation*) em que recomendava episiotomia sistemática e fórceps de alívio a **todas** as primíparas.³ Data dessa época a concepção, difundida até os dias de hoje, de que a episiotomia seria necessária para preservar a integridade do assoalho pélvico, restaurando a anatomia vaginal e a musculatura pélvica à condição pré-parto.³

A finalidade da episiotomia, de acordo com os postulados de DeLee³, seria reduzir a probabilidade de lacerações perineais graves, enquanto a associação com o fórceps minimizaria o risco de trauma fetal, prevenindo hipóxia. Esse pressuposto passou a ser aceito como verdade incontestável e transcrito em diversos tratados de Obstetria em todo o mundo, embora não existissem evidências científicas confiáveis de sua efetividade e segurança.⁴

A prática da episiotomia foi grandemente alargada nas décadas subseqüentes, coincidindo com o número progressivamente maior de partos hospitalares nos EUA, a partir da década de 1940. Esta mudança no local de parto gerou uma série de intervenções que não se baseavam em evidências científicas.⁴

Enquanto os partos eram assistidos em domicílio, o nascimento era visto como um processo natural e fisiológico e assim também era considerado o funcionamento do períneo durante e depois do parto. Com a hospitalização, o nascimento passou a ser considerado um processo patogênico, requerendo **necessariamente** a realização de intervenções obstétricas para prevenir ou reduzir a incidência de complicações.⁴

Alguns autores mencionam que a prática da episiotomia aumentou consideravelmente a partir da década de 1950 porque muitos médicos acreditavam que sua realização reduzia significativamente o período expulsivo, o que lhes permitiria atender rapidamente à grande demanda de partos hospitalares, às vezes simultâneos.⁴

Deve-se destacar que o uso se tornou bem mais freqüente com a adoção do parto em posição horizontal e da prática sistemática do fórceps de alívio, requerendo “espaço extra” para a manipulação vaginal. O uso de fórceps também se tornou progressivamente mais freqüente nos partos hospitalares, em função do uso de técnicas anestésicas que prejudicavam os esforços expulsivos maternos.

Popularizou-se também a posição de talha litotômica, apesar de todos os seus inconvenientes, já conhecidos à época, porque garantia melhor acesso do obstetra ao canal de parto.⁴

O número de episiotomias só passou a se reduzir a partir da década de 70, quando os movimentos de mulheres e as campanhas pró-parto ativo passaram a questionar o procedimento. Concomitantemente, foram publicados os primeiros estudos clínicos bem conduzidos sobre o tema, em que se questionava o uso rotineiro de episiotomia.^{5,6}

Destaca-se a importante revisão de Thacker e Banta⁷, publicada em 1983, em que se demonstrou, além da inexistência de evidências de sua eficácia, evidências consideráveis dos riscos associados ao procedimento: dor, edema, infecção, hematoma e dispareunia. Apesar de ter tido pouco impacto na comunidade científica na época, esse estudo despertou o interesse de se estudar a episiotomia e posteriormente foram conduzidos ensaios clínicos randomizados bem controlados, dos quais o maior foi um estudo argentino publicado em 1993.⁸

Evidências científicas

Realizou-se revisão da literatura com consulta aos bancos de dados Medline, Lilacs/SciELO, Embase, Scopus e Biblioteca Cochrane, usando-se os descritores correspondentes em português e inglês:

“episiotomy” and “labor, obstetric”. Privilegiaram-se os resultados dos ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas da literatura (nível de evidência I), consultando-se ainda as diretrizes das sociedades de Ginecologia e Obstetria de vários países, com destaque para o *American College of Obstetricians and Gynecologists*.⁹

A revisão sistemática da Biblioteca Cochrane¹⁰, atualizada pela última vez em 1999, inclui seis ensaios clínicos randomizados e um total de 4.850 parturientes submetidas à episiotomia de rotina ou seletiva. No primeiro grupo, 73% receberam episiotomia, contra 28% no segundo grupo. Os autores concluíram que os benefícios da episiotomia seletiva (indicada somente em situações especiais) são bem maiores que a prática da episiotomia de rotina. Os resultados apóiam claramente o uso restritivo da episiotomia, embora não tenha sido esclarecido em quais ocasiões deveria o procedimento ser realizado.

Baseando-nos nesses resultados da revisão sistemática, bem como nas conclusões de diversos outros estudos randomizados desde então publicados^{4,6,8,10,11}, pode-se afirmar que:

- Não há diferença nos resultados perinatais nem redução da incidência de asfixia nos partos com ou sem episiotomia (Figuras 2 e 3).
- Não há proteção do assoalho pélvico materno: a episiotomia não protege contra incontinência urinária (Figura 4) ou fecal e tampouco contra o prolapso genital, associando-se à redução da força muscular do assoalho pélvico em relação aos casos de lacerações perineais espontâneas.

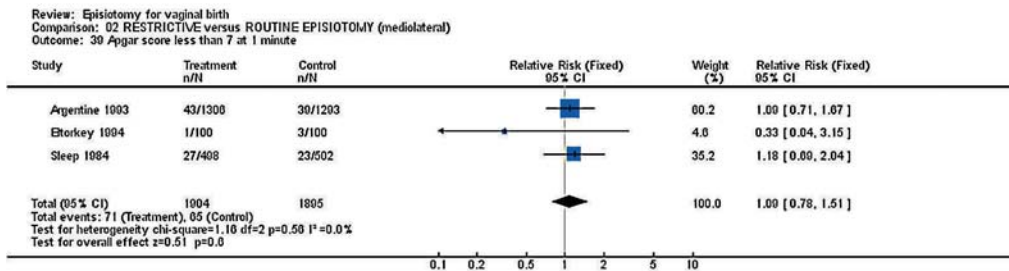


Figura 2 - Escores de Apgar de acordo com a realização de episiotomia restritiva x de rotina (Carroll e Belizán, 2008).

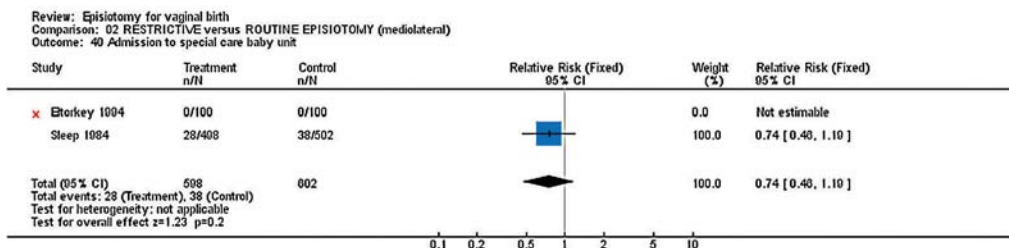


Figura 3 - Admissão neonatal em unidade de cuidados especiais de acordo com a realização de episiotomia restritiva x de rotina (Carroll e Belizán, 2008).

- A perda sangüínea é mais volumosa (em torno de 800 mL contra 500 mL no parto vaginal espontâneo), utiliza-se mais quantidade de fios para sutura e há mais dor perineal quando se realiza episiotomia (Figuras 5 e 6).
- A episiotomia é *per se* uma laceração perineal de segundo grau e quando ela não é realizada pode não ocorrer nenhuma laceração ou surgir lacerações anteriores, de primeiro ou segundo grau, mas de melhor prognóstico (Figura 7).
- A episiotomia não reduz o dano perineal, ao contrário, aumenta-o: a realização sistemática de episiotomia tende a elevar o risco de lesão perineal grave e de qualquer lesão perineal posterior (Figuras

8 e 9); nas episiotomias medianas é maior o risco de lacerações de terceiro ou quarto graus.

- A episiotomia aumenta a chance de dor pós-parto e dispareunia (Figura 10).
- A episiotomia pode cursar complicações como edema, deiscência, infecção (até fasciíte necrosante) e hematoma.
- A prática da episiotomia acarreta custos hospitalares mais altos: Belizan estimou economia entre US\$ 6,50 e 12,50 por parto vaginal sem episiotomia no setor público. A estimativa para o Brasil seria de economia em torno de 15 a 30 milhões de dólares por ano, evitando-se as episiotomias desnecessárias.¹⁰

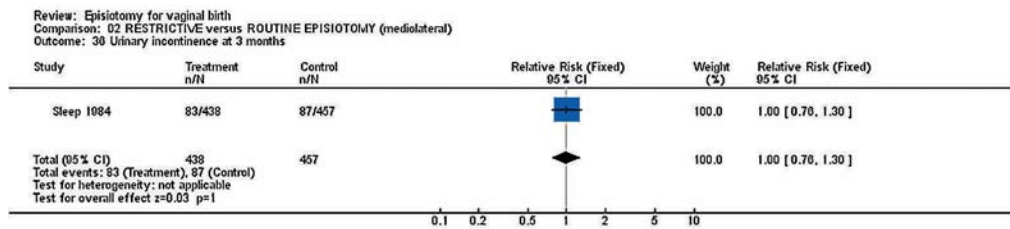


Figura 4 - Frequência de incontinência urinária três meses depois do parto de acordo com a realização de episiotomia restritiva x de rotina (Carroll e Belizán, 2008).

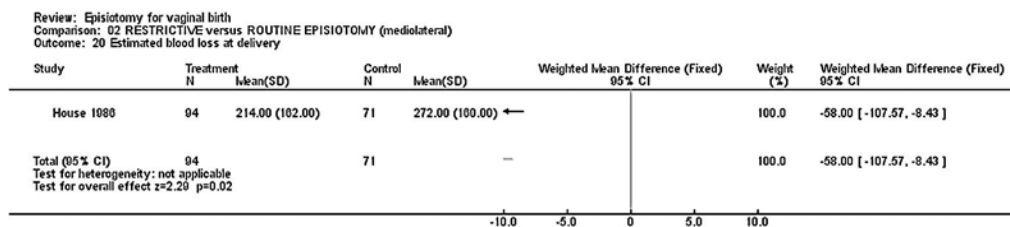


Figura 5 - Perda sangüínea estimada no parto de acordo com a realização de episiotomia restritiva x de rotina (Carroll e Belizán, 2008).

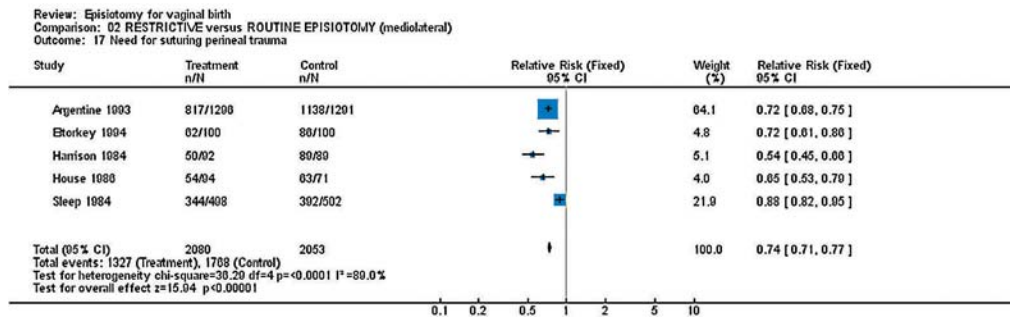


Figura 6 - Necessidade de sutura de trauma perineal de acordo com a realização de episiotomia restritiva x de rotina (Carroll e Belizán, 2008).

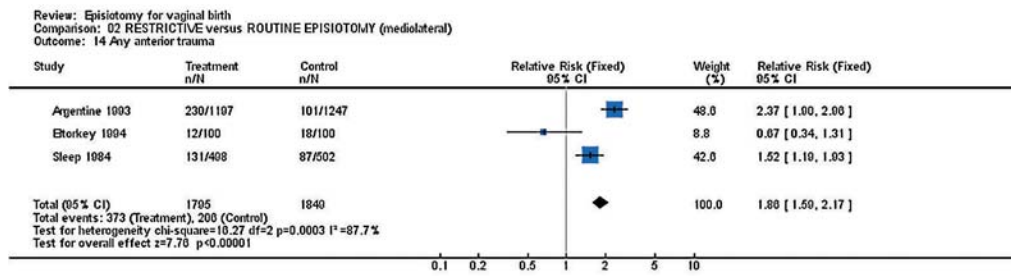


Figura 7 - Frequência de trauma anterior de acordo com a realização de episiotomia restritiva x de rotina (Carrolli e Belizán, 2008).

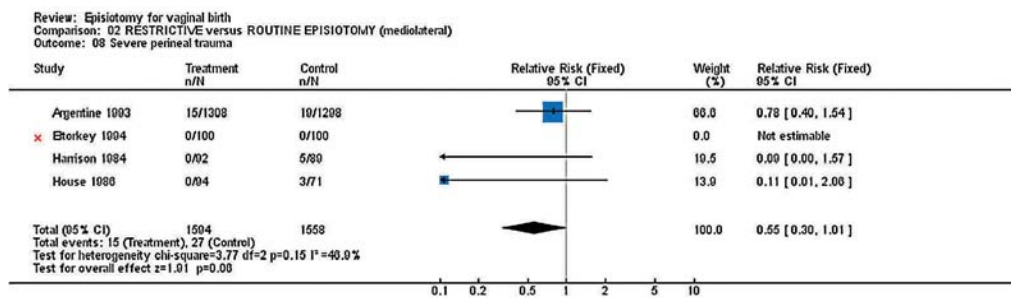


Figura 8 - Frequência de trauma perineal grave de acordo com a realização de episiotomia restritiva x de rotina (Carrolli e Belizán, 2008).

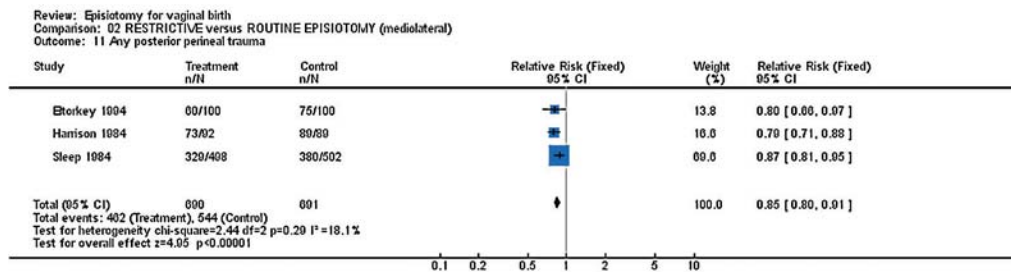


Figura 9 - Frequência de qualquer trauma perineal posterior de acordo com a realização de episiotomia restritiva x de rotina (Carrolli e Belizán, 2008).

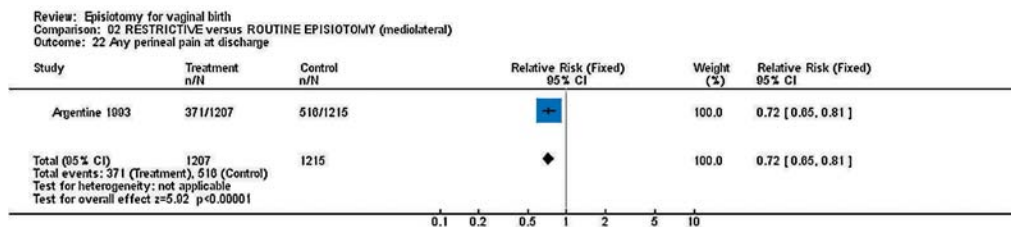


Figura 10 - Frequência de dor perineal na alta de acordo com a realização de episiotomia restritiva x de rotina (Carrolli e Belizán, 2008).

A recomendação atual da Organização Mundial de Saúde¹² não é de proibir a episiotomia, mas de restringir seu uso, porque em alguns casos ela pode ser necessária. Entretanto, a taxa de episiotomia não deve ultrapassar 10%, que foi o índice encontrado no ensaio clínico randomizado inglês sem associação com riscos maternos ou neonatais.

Não está muito claro em que situações a episiotomia é, de fato, imprescindível, porque até mesmo partos instrumentais (fórceps ou vácuo-extração) podem ser realizados sem episiotomia.¹³ Na realidade, a combinação de parto instrumental, (sobretudo fórceps) e episiotomia resulta em aumento das lacerações graves de períneo, com possível comprometimento da função anal. Estudos recentes recomendam que essa combinação potencialmente deletéria seja evitada.¹⁴

As recentes diretrizes do *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)*⁹ estabelecem que “os melhores dados disponíveis não apóiam o uso liberal ou rotineiro de episiotomia. Entretanto, há um papel para a episiotomia por indicações maternas ou fetais, como evitar lacerações maternas graves ou facilitar partos difíceis.”

Na revisão sistemática da Cochrane questionam-se quais seriam as REAIS indicações de episiotomia: parto operatório, parto pré-termo, parto pélvico, macrossomia ou ameaça de ruptura perineal grave.¹⁰ Entretanto, essas situações têm sido questionadas como indicação de episiotomia e claramente esse assunto precisa ser mais bem estudado em posteriores ensaios clínicos randomizados.

Em relação à “ameaça de ruptura perineal grave”, para prevenir rupturas de terceiro ou quarto grau, não é um diagnóstico objetivo e clinicamente não está bem definido o que caracterizaria essa “ameaça”. Lacerações de terceiro e quarto grau são, de fato, muito raras, e também não se estimou quantas episiotomias seriam necessárias para prevenir um único caso de ruptura perineal grave.¹⁰ Futuros estudos devem abordar essa indicação, calculando o NNT (número necessário para tratar).

Em nossa opinião, corroborada por outros autores, episiotomia não é útil na distocia de ombros, porque o problema neste caso é a desproporção dos ombros fetais com a pelve óssea e não com o períneo materno.¹⁵ As manobras incluídas sob o acrônimo “HELPER” pelo ALSO (*Advanced Life Obstetrics Support*) são efetivas em termos de conduta na distocia de ombro, sem necessidade de realização de episiotomia, embora no algoritmo proposto a letra “E” corresponda à recomendação de “considerar se existe necessidade de episiotomia”. Uma indicação aparente seria a opção de realizar as manobras de rotação, mas como na

maioria dos casos a distocia pode ser resolvida com a manobra de McRoberts ou a pressão suprapúbica, muitas mulheres podem ser poupadas de uma incisão cirúrgica.¹⁶

Em relação à prematuridade, não há evidências de que a realização de episiotomia seja necessária para a prevenção de tocotraumatismos fetais.^{4,7} No parto pélvico, tampouco existem ensaios clínicos randomizados comprovando a necessidade de episiotomia; e mesmo a complicação mais temida, a cabeça derradeira, não se associa à desproporção relacionada com o períneo. A Organização Mundial de Saúde recomenda a realização de uma episiotomia no parto pélvico apenas se o períneo for muito rígido.¹⁷

Outro ponto que persiste por ser elucidado é, nos casos em que se evidenciar a necessidade REAL de episiotomia, qual a melhor técnica para sua realização: mediana ou médio-lateral. Os dados recolhidos na revisão sistemática da Biblioteca Cochrane foram insuficientes para comparar as duas técnicas. Teoricamente, a cicatrização seria melhor para a técnica mediana, que também cursaria com menor frequência de dor e sangramento, porém com risco mais alto de propagação para o reto.^{10,18} De qualquer forma, a realização de rotina de qualquer das duas técnicas apresenta riscos superiores à política de uso seletivo do procedimento.¹⁰

Possivelmente esses aspectos serão desvendados em estudos futuros. Entretanto, considerando-se a extensa literatura já publicada sobre episiotomia e trauma perineal, até que esses estudos estejam disponíveis, a melhor sugestão para a prática clínica foi resumida por Scott¹⁹ no seguinte ditado: “Não faça NADA, sente-se!”

Estratégias para redução das taxas de episiotomia

A divulgação dos resultados dos ensaios clínicos controlados e da revisão sistemática da Cochrane sobre episiotomia tem acarretado significativo declínio de suas taxas, apesar de o procedimento continuar sendo realizado rotineiramente por diversos profissionais em vários países. Evidências sugerem que as taxas podem ser ainda mais reduzidas a partir de programas de educação médica continuada e documentação da indicação do procedimento.²⁰ Todos os serviços oferecendo assistência obstétrica devem documentar as suas taxas de episiotomia, analisar os principais fatores associados à sua realização e monitorizar sua redução progressiva depois de implementada política de restrição do procedimento.

Aspectos éticos e recomendações

É importante lembrar que, como todo procedimento cirúrgico, a episiotomia só deveria ser realizada com o consentimento pós-informação da parturiente. O planejamento em relação a esta e outras intervenções também deve fazer parte do plano de parto.

O ideal é que a taxa de episiotomia nos diversos serviços fique em torno de 10%¹², o que já é realidade em muitos países europeus. A taxa de episiotomias também vêm caindo significativamente nos EUA, embora ainda persista elevada: o percentual de episiotomias em partos vaginais caiu de 65,3% em 1979 para 38,6% em 1997.²¹ Na Europa, estima-se taxa em torno de 30%.⁴

Recentemente, o *American College of Obstetricians and Gynecology (ACOG)*⁹ estabeleceu em seu *Practical Bulletin* (abril de 2006) que o uso de episiotomia deve ser restrito e que os médicos devem ser encorajados a usar seu raciocínio clínico para decidir quando o procedimento é necessário. Esta última recomendação deve-se ao fato de não existirem evidências clínicas corroborando qualquer indicação de episiotomia.

Infelizmente, no Brasil, a situação é ainda mais crítica, porque o procedimento é realizado em aproximadamente 94% dos partos vaginais. No país que é o segundo “campeão” mundial de cesáreas, “quando não se corta por cima, se corta por baixo”²²

Tanto em clínica privada como no serviço público, muitos obstetras adotam ainda a prática rotineira da episiotomia que, segundo Marsden Wagner²³, quando realizada sem indicação, constitui uma verdadeira mutilação genital feminina, acarretando danos à saúde da mulher.

Uma vez que as evidências científicas demonstram que o procedimento de rotina não é necessário e pode ser prejudicial, há que se entender que sua realização sistemática por obstetras segue um padrão ritualístico, característico do modelo tecnocrático apresentado por Robbie Davis-Floyd^{24,25}.

Urge nos mobilizarmos contra essa prática abusiva, porque reduzir procedimentos cirúrgicos desnecessários é essencial no cenário de humanização da assistência ao parto e na promoção de cuidados baseados em evidências.

Leituras suplementares

1. Nugent F. The primiparous perineum after forceps delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 1935; 30: 249.
2. Pomeroy RH. Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara? *Am J Obstet Dis Women Child.* 1918; 78: 211-4.
3. DeLee J.B. The prophylactic forceps operation. *Am J Obstet Gynecol.* 1920; 1: 34-8.
4. Myers-Helfgott MG, Helfgott AW. Routine use of episiotomy in modern obstetrics: should it be performed? *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1999; 26: 305-25.
5. Harris RE. An evaluation of the median episiotomy. *Am J Obstet Gynecol.* 1970; 106: 660-5.
6. Lee B. Episiotomy. *Br Med J.* 1982; 284: 595-9.
7. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretive review of the English language literature, 1860–1980. *Obstet Gynecol Surv.* 1983; 38: 322-38.
8. Belizan J. For the Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group Routine vs. selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet.* 1993; 342: 1517-8.
9. American College of Obstetricians and Gynecology. Practice Bulletin. Episiotomy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 71, April 2006. *Obstet Gynecol.* 2006; 107: 957-62.
10. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2008.* Oxford: Update Software, 2008.
11. Klein MC, Gauthier RJ, Robbins JM. Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction and pelvic floor relaxation. *Am J Obstet Gynecol.* 1994; 171: 591-8.
12. World Health Organization. *Care in normal birth: a practical guide.* Geneva: WHO; 1996.
13. Ecker JL, Tan WM, Bansal RK. Is there a benefit to episiotomy at operative vaginal delivery? Observations over ten years in a stable population. *Am J Obstet Gynecol.* 1997; 176: 411-4.
14. Kudish B, Blackwell S, Mcneely SG, Bujold E, Kruger M, Hendrix SL, Sokol R. Operative vaginal delivery and midline episiotomy: a bad combination for the perineum. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 195: 749-54.
15. Gherman RB, Gonik B. Shoulder Distocia. In: Sciarra JJ. *Gynecology and Obstetrics.* Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2003.
16. Baxley EG, Gobbo RW. Shoulder Dystocia. *Am Fam Physician.* 2004; 69: 1707-14.
17. World Health Organization (WHO). *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth. A guide for midwives and doctors.* Geneva: WHO Department of Reproductive Health and Research; 2003.

18. Labrecque M, Baillargeon L, Dallaire M. Association between median episiotomy and severe perineal lacerations in primiparous women. *Can Med Assoc J.* 1997; 156: 797-802.
19. Scott TR. Episiotomy and vaginal trauma. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2005 32: 307-21.
20. Goldberg J, Purfield P, Roberts N, Lupinacci P, Fagan M, Hyslop T. The Philadelphia Episiotomy Intervention Study *J Reprod Med.* 2006; 51: 603-9.
21. Weber AM, Meyn L. Episiotomy use in the United States, 1979-1997. *Obstet Gynecol.* 2002; 100: 1177-82.
22. Diniz SG, Chacham AS. "The cut above" and "the cut below": the abuse of caesareans and episiotomy in Sao Paulo, Brazil. *Reprod Health Matters.* 2004; 12: 100-10.
23. Wagner M. Episiotomy a form of genital mutilation. *Lancet* 1999; 353: 1977-8.
24. Davis-Floyd R. *Birth as an American Rite of Passage.* Los Angeles: California University Press; 1993.
25. Davis-Floyd R, St John G. *From doctor to healer: the transformative journey.* Piscataway, New Jersey: Rutgers University Press; 1998.

São Paulo - SP
28 a 30 de agosto de 2008

XIII Congresso Paulista de Obstetrícia e Ginecologia

Local: Transamerica Expo Center - São Paulo - SP

Realização: SOGESP

Tel.: 55(11)3884-7100

Fax: 55(11)3884-7654

E-mail: sogesp@uol.com.br

Site: <http://www.sogesp.com.br>