



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE-ESCOLA
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MATERNO-INFANTIL**



ISABELE ASSEMEN DE SOUZA

**OS PARADIGMAS DA EPISIOTOMIA E A CONSTRUÇÃO DE NOVAS
VISÕES BASEADA EM EVIDÊNCIAS: UMA REVISÃO CRÍTICA DA
LITERATURA.**

Rio de Janeiro
2013

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE-ESCOLA
ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

ISABELE ASSEMEN DE SOUZA

<http://lattes.cnpq.br/3883170035031778>

**OS PARADIGMAS DA EPISIOTOMIA E A CONSTRUÇÃO DE NOVAS
VISÕES BASEADA EM EVIDÊNCIAS: UMA REVISÃO CRÍTICA DA
LITERATURA.**

Monografia de finalização do Curso de Especialização em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil.

Orientador: Marcos Nakamura

<http://lattes.cnpq.br/9449960742334833>

Rio de Janeiro
2013

S729

Souza, Isabele Assemen de.

Os paradigmas da episiotomia e a construção de novas visões baseada em evidências: uma revisão crítica da literatura. Isabele Assemen de Souza. Rio de Janeiro: UFRJ/ Maternidade Escola, 2013.

x, 54f. : il. ; 31 cm.

Orientador: Marcos Nakamura

Monografia (Especialização) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Especialização em Atenção Integral à Saúde Materno Infantil, 2013.

1. Episiotomia. 2. Assoalho pélvico. 3. Humanização no parto. 4. Saúde Materno Infantil. I. Nakamura, Marcos. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola, Atenção Integral à Saúde Materno Infantil. III. Título.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à todas as mulheres que tiveram seus corpos invadidos, mutilados, ou que se sentiram agredidas física e psicologicamente com essa intervenção. A todos os profissionais que se empenham por um atendimento mais humanizado, respeitoso e digno no nascimento.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a minha gestação, meu parto e a minha maternidade, que fomentou a paixão e o amor que residem dentro de mim, culminando na vontade em estudar e pesquisar, com o intuito de aprimorar o meu trabalho em prol da melhoria na assistência obstétrica e de mais respeito e dignidade às mulheres, no atendimento de uma das experiências mais importantes de suas vidas, que é o momento do parto.

Ao meu marido e seu amor, sendo cúmplice das minhas vontades, desejos e loucuras em prol de um nascimento mais respeitoso, estando presente e me apoiando em todas as fases da minha trajetória e sua atenção como pai, suprimindo meus momentos de ausência para cuidar do Lince.

Ao meu filho tão amado e companheiro, sua preocupação, seus beijos e abraços nos momentos em que eu ficava na frente do computador, me desejando força.

Aos meus pais que me deram o presente da vida.

Aos meus amig@s que amam o meu avesso, me inspiram e me dão força, em especial a Ana Paula que esteve sempre presente e me apoiando, Pat e Lau, por estarem também sempre presente, entenderem minha ausência e minhas recusas dos convites de encontros e festas.

As AISMIGAS pelo companheirismo e a troca de aprendizado.

Em especial a Márcia pelo seu carinho e apoio de sempre;

A Aline por me ajudar muito na reta final dessa monografia, sendo minha co-orientadora, me dando força e compartilhando toda sua experiência e conhecimento acadêmico, a ela devo minha eterna gratidão, por todo o carinho e zelo oferecido.

A Fernanda e Bianca, pela troca diária de conhecimentos e cumplicidade nos trabalhos acadêmicos;

A Paula e ao nosso reencontro, nossas trocas e todos os momentos que estivemos juntas.

A todos os professores que contribuíram para enriquecer o meu conhecimento nessa formação.

Em especial o professor Leonídio, por compartilhar todo seu conhecimento e experiência em torno do parto e nascimento, pela sua dedicação como professor, sempre empenhado em ministrar aulas com alto conteúdo, não limitando os saberes e incentivando a reflexão e o senso crítico.

As bibliotecárias sempre prestativas e atenciosas.

Ao meu orientador, por ter aceitado o convite e por todo seu trabalho em prol de uma melhor assistência na Maternidade Maria Amélia.

A minha psicanalista, cúmplice das minhas loucuras e desejos.

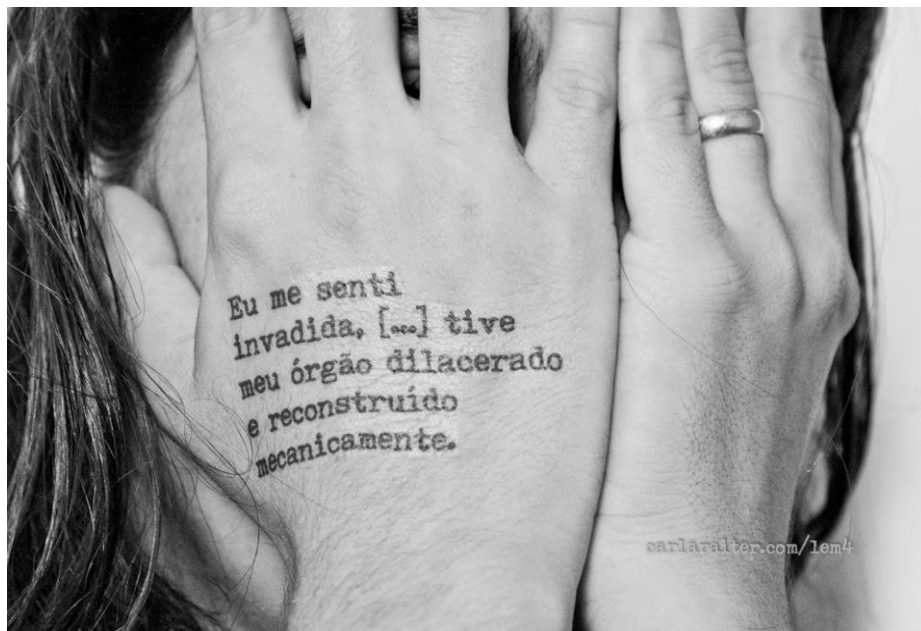
A todos os pesquisadores que contribuíram para a elaboração desse estudo.

A todos os profissionais do parto que se empenham diariamente para a melhoria na assistência obstétrica e por servirem como fonte inesgotável de inspiração.

As amigas ativistas, que acreditam que um pequeno grupo de pessoas engajadas e conscientes, podem mudar o mundo.

A todas as gestantes do mundo, que carregam em seus ventres um novo coração, por servirem como grandiosa fonte de inspiração.

EPIGRAFE



Fonte: projeto 1:4 – Retratos da Violência Obstétrica

<http://carlaraiter.com/1em4/https://www.facebook.com/projeto1em4> (autorização de uso de imagem concedida)

RESUMO

A episiotomia foi realizada, durante décadas de forma rotineira, entretanto, sem se basear em evidências científicas concretas e sua utilização permanece controversa. Lamentavelmente, este procedimento foi aplicado em diversas mulheres, durante anos, causando danos ao assoalho pélvico e diversas complicações. Permanece como o segundo procedimento mais comum em obstetrícia, tendo como objetivos, prevenir danos perineais graves nas mulheres submetidas ao parto normal, assim como, reduzir o período expulsivo. Todavia, vários ensaios clínicos randomizados e controlados foram publicados sobre o assunto, fornecendo nível de evidências I, contrapondo essas afirmações. O presente estudo revisou as melhores evidências disponíveis de forma sistematizada, pertinentes aos supostos benefícios percebidos para a episiotomia no passado, assim como, os seus efeitos deletérios, além disso, foram incluídos estudos comparando a realização da episiotomia rotineira à seletiva. Observou-se, no entanto, que a episiotomia rotineira era anteriormente considerada pelos obstetras uma estratégia para proteger o períneo, o assoalho pélvico e o feto das lesões do parto, porém, gradualmente tem sido demonstrado tratar-se de um procedimento desnecessário, agredindo, assim, a integridade física e emocional da mulher. 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. Levando em consideração esses resultados, não há justificativa para a manutenção da realização da episiotomia de forma rotineira, contudo, sua frequência continua sendo elevada no Brasil. Com o advento da Medicina Baseada em Evidências, os obstetras precisam considerar que os riscos de lesão materna superam os possíveis benefícios. Torna-se necessário romper os paradigmas que permeiam a utilização dessa prática, incorporando sua aplicação de forma criteriosa, com o intuito de favorecer uma assistência obstétrica com melhor qualidade, e sobretudo, mais humanizada.

Descritores: Episiotomia. Assoalho pélvico. Humanização do parto.

ABSTRACT

The episiotomy was performed for decades, however, not based on scientific evidence and practical use remains controversial. Unfortunately, this procedure was applied in several women for decades, causing damage to the pelvic floor and several complications. Remains until today as the second most common procedure in obstetrics, aiming, prevent severe perineal damage in women undergoing vaginal delivery, as well as reduce the expulsion period. However, several well-controlled randomized trials have been published on the subject, providing level I evidence, countering these claims. This study reviewed the best available evidence in a systematic way, relevant to the supposed benefits perceived for episiotomy in the past, as well as its deleterious effects, moreover, were included studies comparing the performance of routine episiotomy to selective. It was noted, however, that episiotomy routine was previously considered by obstetricians a strategy for protecting the perineum and the pelvic floor birth injury of the fetus, but gradually it has been shown that this is an unnecessary procedure, damaging woman's integrity physical and emotional. Besides not protect the pelvic floor, episiotomy increases the frequency of perineal pain, dyspareunia, blood loss, laceration of the anal sphincter, rectal injury and anal incontinence, without reducing the rates of urinary incontinence or improve neonatal outcome. Taking into account these results, there is no justification for the maintenance of episiotomy routinely, however, their frequency remains high in Brazil. With the advent of evidence-based medicine, obstetricians need to consider the risks of injury mother outweigh the possible benefits and adopt criteria for use this practice so selectively. Becomes necessary to break the paradigms that underlie the use of this practice, incorporating its application in an orderly manner, in order to promote a better quality obstetric care and thus more humanized.

Keywords: Episiotomy. Pelvic Floor. Humanizing Delivery.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	HISTÓRICO DA MEDICALIZAÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL.....	14
2.1	Histórico da episiotomia.....	18
2.2	Aspectos gerais da episiotomia.....	20
3	EVIDÊNCIAS: EPISIOTOMIA SELETIVA VERSUS ROTINA.....	23
3.1	Indicações da episiotomia.....	28
4	CONSEQUÊNCIAS DA EPISIOTOMIA.....	32
4.1	Comprometimento anatomo-funcionais.....	32
4.2	Aspectos fisiológicos sobre o dano perineal.....	36
4.3	Aspectos gerais sobre a elasticidade muscular.....	38
5	A PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE A EPISIOTOMIA.....	40
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
	REFERÊNCIAS.....	49

1 INTRODUÇÃO

A episiotomia é uma incisão cirúrgica, realizada no períneo com o objetivo de ampliar o canal de parto para a saída do concepto (REZENDE, 2005). Este procedimento foi realizado durante décadas e introduzido por obstetras renomados.

A princípio a aplicação dessa técnica era para ser conduzida de forma criteriosa e quando houvesse necessidade, entretanto, com o advento e crescimento da medicina tecnocrática e da patologização do parto, passou a ser realizada largamente de forma rotineira e indiscriminada, sem levar em consideração os danos, na maioria das vezes irreparáveis, na estrutura do assoalho pélvico e sem se basear em evidências científicas concretas (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010; ZANETTI et al., 2009).

Devido à banalização desse procedimento, inúmeras mulheres têm suas vulvas cortadas, sem o devido consentimento prévio. Além disso, não são informadas sobre os possíveis danos à curto e longo prazo. Entretanto, devido ao crescimento do movimento de humanização do parto e nascimento na última década, da ampliação de grupos de apoios, de listas de discussões, blogs e grupos em redes sociais, algumas mulheres se direcionam em busca de informações baseadas em evidências e estão mais conscientes de seus direitos. Ademais, muitas mulheres se recusam a realizar esse procedimento, realizando denúncias ao Ministério Público, quando sofrem danos perineais durante o parto (DINIZ; CHACHAM, 2006; AGUIAR, 2010).

Por outro lado, ainda há muitas mulheres, as quais, não possuem conhecimento nenhum sobre essa intervenção, que deveria ser aplicada de forma criteriosa e não rotineiramente como acontece nas instituições (AMORIM; KATZ, 2008). Esse procedimento viola a integridade física e emocional da mulher, e tem sido caracterizado como violência obstétrica, quando realizado de forma desnecessária (DINIZ, 2006).

Diniz (2006) acrescenta que a episiotomia não levanta questões relacionadas somente ao corpo como; dor, riscos de incontinência urinária e fecal, complicações infecciosas, problemas na cicatrização, deformidades, edema, deiscências, entre outras. A episiotomia é, sobretudo, uma violência de gênero. Segundo a autora, quando esse procedimento é utilizado de forma

rotineira, é caracterizado por diversos autores como uma “*lesão genital iatrogênica no parto*”, “*agravo sexual iatrogênico*”, “*ferimento sexual iatrogênico no parto*”, sendo caracterizada também, como uma mutilação genital. Ademais, o abuso de episiotomias tem sido considerado uma questão exemplar de desrespeito aos direitos humanos na área de saúde.

Com o objetivo de melhorar a qualidade, ampliar o acesso, a capacidade instalada e a organização da assistência obstétrica e neonatal no Brasil, o Ministério da Saúde instituiu no ano 2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Este programa sofreu alguns ajustes em 2005, em virtude da aplicação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal (BRASIL, 2005), que teve como objetivo, ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde, humanizar a assistência, garantir a qualidade da atenção, incentivar o parto vaginal e, desta forma, reduzir os coeficientes de mortalidade materna no país.

Embora estas iniciativas e outras em âmbito estadual e municipal, tenham sido desenvolvidas nos últimos anos, permanecem os problemas na sistematização da assistência à gestação e ao parto, desrespeitando os direitos básicos da cidadania. Todavia, a segmentação entre a rede básica e hospitalar, assim como, as intervenções excessivas, durante o parto, estão em destaque como os principais problemas recorrentes (BRASIL, 2003).

Na atualidade, poucos obstetras seguem os preceitos da medicina baseada em evidências (AMORIM; KATZ, 2008). A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG), recomendam que essa técnica seja realizada de forma seletiva. No entanto, um grande número de instituições e profissionais da saúde, praticam a episiotomia de forma rotineira (AMORIM; KATZ, 2008; CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010).

Além disso, o modelo hegemônico atual, de assistência ao parto, é caracterizado, principalmente, pela sua atuação intervencionista. Essa abordagem como reflexo do pensamento que norteia a medicina moderna, é denominada de “paradigma tecnocrático”. Contudo, dentro dessa concepção, é o obstetra que “faz” o parto, conforme salienta Santos (2004), evidenciando, ainda, que o modelo tecnocrático nos mostra a gravidez, parto e nascimento na perspectiva da sociedade tecnológica, industrializada e sob a ótica masculina. Diante desse contexto, a parturiente é vista como um objeto, sobre o qual,

alguns procedimentos e rotinas deverão ser realizados em todos os partos (DAVIS-FLOYD, 2004).

Alguns autores ainda afirmam, que a episiotomia é a operação obstétrica que é realizada, mais frequentemente, no mundo ocidental, sobretudo, se constitui em uma das formas mais dramáticas e intensas de invasão ao corpo feminino (SÃO BENTO, 2005, KITZINGER, 2004; DINIZ, 2006).

A OMS sugere uma taxa ideal de episiotomia nos diversos serviços em torno de 10%, levando em consideração, sua realidade em muitos países europeus (WHO, 1996). Entretanto, apesar das atuais recomendações sobre a realização da episiotomia seletiva, não existe na literatura um consenso sobre o qual seria sua frequência ideal em instituições e sua utilização continua bastante elevada (AMORIM; KATZ, 2008). De todo modo, quando restringidas às indicações específicas, encontra-se que 20% seria um número razoável. Infelizmente, no Brasil, em alguns centros, a situação é ainda adversa, pois o procedimento é realizado em, aproximadamente, 94% dos partos vaginais (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010, DINIZ, 2006).

A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) não recomenda a episiotomia rotineira, ressaltando, no entanto, que pelo fato de ser um procedimento cirúrgico, só deveria ser realizada com o consentimento prévio, após informação à parturiente (AMORIM; KATZ, 2008).

Recentemente, a diretriz do American College of Obstetricians and Gynecologists, estabeleceu que os melhores dados disponíveis não apoiam o uso liberal ou rotineiro de episiotomia. Entretanto, destacam sua aplicação nos partos laboriosos e naqueles onde existe grande chance de lesão perineal grave.

Em virtude da importância em se pesquisar mais a utilização desse procedimento, seu impacto físico e emocional na mulher, assim como no sistema de saúde, esse estudo objetivou fazer uma revisão da literatura com consultas aos bancos de dados Medline, Lilacs/SciELO, PubMed e Biblioteca Cochrane, usando-se os descritores correspondentes em português e inglês: “*episiotomy*” and “*labor, obstetric*”. Privilegiaram-se os ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas da literatura (nível de evidência I), assim como as revisões de literatura de forma sistematizada, consultando-se ainda as

diretrizes das sociedades de Ginecologia e Obstetrícia de vários países, com destaque para o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG).

Contudo, será realizado um levantamento das atuais evidências científicas disponíveis, contextualizando os paradigmas que se desenvolveram em torno desse procedimento, aplicado de forma rotineira durante anos, assim como, os seus efeitos danosos e suas implicações à curto e longo prazo.

Este trabalho pretende contribuir, para fortalecer a importância da aplicação das normas e diretrizes da OMS e ACOG e o seu cumprimento nos sistemas de saúde, em prol da melhoria da assistência obstétrica, assim como, as questões referentes a humanização do parto e nascimento. Contudo, objetiva também contribuir, para a assistência prestada à mulher em seus aspectos de integralidade, que se caracteriza, por uma das Bases Doutrinárias do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), reforçados, por sua vez, pela Política de Atenção à Saúde da Mulher, lançado no ano de 2004.

Espera-se ainda, que se promova uma reflexão dos profissionais de saúde sobre a prática desse procedimento e no campo de ensino para alunos de graduação e pós-graduação.

2 HISTÓRICO DA MEDICALIZAÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DO PARTO NO BRASIL

“O corpo da mulher não é mais do que metáfora das gerações que a precederam” (Antoinette Gordwosky, 1990)

Segundo Del Priore (2004) nos primeiros períodos de colonização, o corpo feminino era visto de forma mística, enigmática e misteriosa, um palco obscuro onde Deus e Diabo se digladiavam, tanto por pregadores da igreja católica quanto por médicos, um cenário onde doença e culpa se misturavam, no qual, homens e mulheres acreditavam que a doença era uma advertência divina. As lacunas dos conhecimentos da medicina, todavia, era orientada e suprida, provisoriamente, por um saber imaginário que tornava o corpo da mulher um extrato do céu ou do inferno.

Nos tempos da colonização os médicos eram formadores de conceitos, e cada conceito elaborado tinha uma função no interior de um sistema, que ultrapassava o domínio da medicina propriamente dito. O Estatuto biológico da mulher estava sempre associado a outro, moral e metafísico (DEL PRIORE, 2004, p78-114).

A mulher, para os médicos, não se diferenciava dos homens apenas por um conjunto de órgãos específicos, sobretudo, pela sua natureza e suas características morais. Apesar dos esforços da medicina lusitana para conhecer o corpo feminino, a noção marcadamente religiosa dos doutores portugueses, fiéis à crença de que o corpo feminino e a procriação era um assunto divino, por isso mesmo, irretocável, limitava seus saberes (DEL PRIORE, 2004).

A autora ainda afirma, que enquanto, na França, Inglaterra e Holanda, experimentavam-se o progresso intelectual e uma verdadeira revolução acontecia, nos séculos XVI e XVII, os Jesuítas, o Tribunal do Santo Ofício e a Coroa uniram-se contra qualquer nova iniciativa científica ou cultural,

considerando-as pura heresia, contribuindo, dessa forma, para o atraso na medicina portuguesa, somados ao período de Inquisição. Contudo, refletia-se uma dura fase de estagnação nos avanços científicos, refletindo na Colônia de Portugal, onde o discurso dos médicos inscrevia-se naturalmente no discurso da igreja, dentro do qual, doença e cura estavam relacionadas ao maior ou menor número de pecados cometidos pelo doente.

Del Priore (2004) relata também que no século XVIII, foram encontradas observações médicas escritas, documentos que evidenciavam a ignorância da medicina acerca do conhecimento do aparelho reprodutor das mulheres. Esses documentos descreviam, que o trabalho da madre (nome dado ao útero), no entender da medicina era sinônimo de gestação. Todavia, não ocorrendo a função reprodutora, o útero lançaria a mulher numa assustadora cadeia de enfermidades, todo esse ciclo era considerado indício da ira divina ou um sinal do demônio

Além disso, a medicina nessa época entendia que as enfermidades decorriam da patologia humoral, constituindo o que os autores mais tardios chamavam de discrasia ou desequilíbrio dos humores. Contudo, essa falta de conhecimento científico por parte da medicina, perpetuava uma intervenção violenta, não somente para a cura de enfermidades, mas também, utilizada no momento do trabalho de parto, denominada como sangria. As sangrias consistiam em aplicações de ventosas ou sanguessugas diretamente sobre a pele ou por lancetas afiadas, geralmente, pertencentes aos barbeiros, quando a incisão fosse realizada em veias ou artérias. Muitas parturientes eram vítimas de sangrias que se realizavam habitualmente durante o trabalho de parto, correndo grandes riscos, além disso, eram submetidas à três sangrias tradicionalmente recomendadas durante a gestação, com o intuito de se prevenir a febre e a perda de sangue que poderia ocorrer por causa de seus esforços ao dar à luz.

Esses acontecimentos históricos traçam um perfil inicial da introdução da medicina no Brasil. Torna-se evidente a influência que esses fatos históricos, exercem sobre a cultura. Por sua vez, a cultura é capaz de modular, não somente, um sistema de saúde, como também a percepção e o cuidado prestado ao corpo da mulher nos dias atuais, principalmente no que diz respeito a assistência ao parto.

Historicamente, a assistência ao parto era de responsabilidade exclusivamente feminina, pois apenas as parteiras realizavam essa prática. Embora não dominassem o conhecimento científico, as parteiras eram conhecidas na sociedade por suas experiências. Sendo assim, os acontecimentos na vida de uma mulher se sucediam nas residências, na presença de mulheres, na qual, estas trocavam conhecimentos, descobriam afinidades e a presença masculina durante a parturição era considerada um incômodo (MOURA, 2007; PAIVA, 1999).

Entretanto, a partir de meados do século XX, o parto, como um processo natural, privativo e familiar, passou a ser vivenciado em Instituições de saúde e na esfera pública, com a participação de diversos atores conduzindo esse período. Desse modo, a hospitalização do parto foi intensificada, promovendo a medicalização e o controle do período gravídico puerperal, fato este, que favoreceu a submissão da mulher que deixou de ser protagonista do processo parturitivo (OSAVA, 1997; MOURA, 2007).

A despeito deste processo de institucionalização do parto ter tido importante papel na redução da mortalidade materna e perinatal, a mulher perdeu sua privacidade e autonomia, foi separada da sua família e submetida a normas institucionais e práticas rotineiras, sem o devido esclarecimento e consentimento da parturiente.

Tendo em vista esse modelo de assistência tecnocrático, intervencionista, centrado no poder médico e conseqüentemente na patologização do parto, a mulher passa a vivenciar esse momento com intenso sofrimento físico e moral. Dessa forma, o processo fisiológico do parto normal se torna prejudicado, devido ao medo, a tensão e a dor das parturientes, associado a diversas intervenções rotineiras, que na maioria das vezes poderiam ser evitadas (DINIZ, 2006; AMORIM; KATZ, 2008). Tal como afirma Leão:

A medicalização do parto é um reflexo da medicalização social, descrita como um processo sócio-cultural complexo que transforma em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que antes eram administradas no próprio ambiente familiar ou comunitário. A medicalização transforma culturalmente as populações, com um declínio na capacidade de enfrentamento autônomo das dores e adoecimentos. Esta contribuiu para o declínio da capacidade da mulher em lidar com o fenômeno do parto, sua imprevisibilidade e as dores do trabalho de parto (LEÃO 2006).

Segundo Miles (1991) de modo a assegurar conformidades às normas sociais, medicalizar significa transformar o processo dos aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina. Esta distorção na assistência médica brasileira é caracterizada por múltiplos fatores – históricos, estruturais, conjunturais, porém a gênese dessa permissividade é atribuída à forma como a sociedade em geral, e a medicina, em particular visualizam a mulher (BRASIL, 2000).

Foucault (1982) afirma que através da manipulação dos corpos se faz uma das formas institucionais mais importantes de controle das classes pelo poder dominante.

Instituições encerram um conjunto articulado de saberes (ideologias) e práticas (formas de intervenção normatizadora na vida dos diferentes grupos e classes sociais). Estes conjuntos permeiam grande parte das atividades humanas dentro da sociedade, em cada bloco histórico e objetivam a manutenção da hegemonia. Segundo esta concepção, as instituições podem ser compreendidas como a cristalização de modos de poder. A autora estabelece que as táticas para implantação dos saberes de grupos hegemônicos através das instituições, podem ser exercidas através das políticas de saúde (discurso institucional), saber médico (ensino e pesquisa) e nas práticas de atenção médica (formas de atuação médica); (AGUIAR, 2010).

Diniz (2006, p 80-91) diz, “Como institucionalizar algo que pertence à vida afetiva, emocional e sexual? Como institucionalizar como doença um ato fisiológico e natural”?

Tanaka (1995), afirma que o parto no Brasil foi institucionalizado progressivamente após a Segunda Guerra Mundial. Com a incorporação à medicina de novos conhecimentos e habilidades nos campos da assepsia, cirurgia, anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia, os riscos hospitalares foram reduzidos de forma significativa e ampliaram as possibilidades de intervenção, contribuindo no aumento progressivo de operações cesarianas.

Sendo assim, o domínio de classe nas formações sociais capitalistas traz à tona o conceito de hegemonia de Gramsci (GRUPPI, 1978). O conceito refere-se ao poder, à capacidade de direção, de conquistar alianças em toda sua amplitude, que opera não apenas sobre a estrutura econômica e sobre a organização política da sociedade, mas também sobre o modo de pensar, sobre as orientações ideológicas e inclusive sobre o modo de conhecer. Neste

sentido, o discurso médico da metade do século XIX relativo à obstetrícia caracterizou-se pela defesa da hospitalização do parto e da criação de maternidades (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Desta forma, a apropriação do saber médico e as práticas médicas constituíram fatores determinantes para a institucionalização do parto e a transformação da mulher em propriedade institucional no processo do parto e nascimento (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Visando toda uma estrutura de interesses e relações econômicas na política da saúde e das Instituições, a medicina tecnocrática mercantilizou o corpo da mulher durante décadas, influenciando na sua autonomia e no seu poder de decisão, já que as decisões ficaram a cargo do poder dos médicos, detentores do saber, que passaram a decidir onde e como as mulheres deveriam parir.

2.1 Histórico da episiotomia

A palavra episiotomia tem origem grega, na qual *epision* significa região pubiana e *tome*, incisão, corte (ZIEGEL; CRANLEY, 1985, LOBO, 2010; TOMASSO et al., 2002). Foi introduzida, pela primeira vez, no século XVIII por Sir Fielding Ould, obstetra irlandês, em seu livro “Treatise of Midwifery”, publicado no ano de 1742 na língua inglesa. *Ould* defendia a idéia de que este procedimento deveria ser utilizado excepcionalmente, em partos onde houvesse “desproporção entre a cabeça fetal e o orifício externo da vagina”, pois acreditava que esta situação levaria a constrição do pólo cefálico, o que poderia representar risco para o feto se continuada por um longo tempo (TOMASSO, 2002; CLEARY-GOLDMAN; ROBISON, 2003). Porém, o termosurgiu apenas em 1857, sugerido por Carl Braum, que acreditava tratar-se de uma prática desnecessária (ZANETTI, 2009).

Cleary-Goldman e Robinson (2003) afirmam que o primeiro relato da utilização da episiotomia ocorre apenas em 1799, através da utilização da técnica mediana, pelo médico alemão Michaelis. Ainda de acordo com estes autores, nesta mesma época, outros profissionais recomendavam incisões bilaterais perpendiculares ao orifício da vagina para facilitar o parto.

Em 1818, Leinveleir defendeu, em Berlim, o uso da episiotomia, recomendando, de forma criteriosa, com o objetivo de “auxiliar a liberação do feto, detido pela rigidez da região” (REZENDE, 2005, p337-354). A técnica médio-lateral foi proposta por Dubois, um médico francês, em 1847, no entanto, o procedimento não ganhou popularidade no século XIX, em função da falta de disponibilidade de anestesia e das altas taxas de infecção (SCHOON, 2001; NUGENT, 1935).

Em 1851 a episiotomia foi introduzida pela primeira vez nos EUA, por Taliaferro, o qual, também defendeu a técnica médio-lateral.

Originalmente a incisão cirúrgica do períneo foi recomendada para auxiliar os médicos em partos laboriosos. Porém, começou a ser defendida rotineiramente pelo renomado obstetra Pomeroy, em 1918, no seu artigo “Deveríamos cortar e reparar o períneo de todas as primíparas?” (DE LEE, 1920, CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010).

Apesar de em 1918 Pomeroy já incentivar o uso rotineiro da episiotomia, para Goer (1995), somente após a publicação do artigo “The Prophylactic Fórceps Operation” por John De Lee, em que recomendava episiotomia sistemática e fórceps de alívio a todas as primíparas (DE LEE, 1920, CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010), o procedimento passou a estabelecer-se como rotina e então, tornou-se popular. A justificativa mais pertinente para esse fato seria segundo o autor, o prestígio de De Lee, nos EUA como obstetra da época. Essa concepção é difundida até os dias de hoje, no qual, a episiotomia seria necessária para preservar a integridade do assoalho pélvico, restaurando a anatomia vaginal e a musculatura pélvica à condição pré-parto.

Sendo assim, de acordo com os postulados de De Lee, o objetivo da episiotomia seria diminuir a probabilidade de lacerações perineais graves, enquanto a associação com o fórceps reduziria o risco de trauma fetal, prevenindo hipóxia. Esse pressuposto passou a ser transcrito em inúmeros tratados de Obstetrícia e aceito como verdade incontestável, em várias partes do mundo, ainda que, não existissem evidências científicas confiáveis de sua efetividade e segurança (MYERS-HELFGOTT; HELFGOTT, 1999 apud AMORIM; KATZ, 2008).

A utilização desse procedimento foi secundária aos avanços no controle de infecção e evoluções da medicina como o surgimento da anestesia,

ocorrendo assim, no mesmo período em que se iniciou a medicalização do parto, no qual, as mulheres passaram a ter seus partos em hospital ao invés de em domicílio. Sendo assim, o parto deixou de ser um processo natural e a episiotomia era vista como uma intervenção necessária, com o intuito de melhorar os resultados maternos e neonatais (TRACKER; BANTA, 1983; EASON; FELDMAN, 2000).

Tendo em vista o interesse em atender rapidamente à grande demanda de partos hospitalares, em sua grande maioria, simultâneos e devido aos médicos acreditarem que a realização da episiotomia, reduzia significativamente o período expulsivo, esse procedimento aumentou consideravelmente a partir da década de 1950.

Ressalta-se a importância em salientar, que devido à adoção do parto em posição horizontal e a prática sistemática do fórceps de alívio, necessitando “espaço extra” para a manipulação vaginal, a utilização desta técnica aumentou de forma alarmante. Contudo, o uso de fórceps também se tornou paulatinamente mais frequente nos partos hospitalares, em função da utilização de técnicas anestésicas que prejudicavam, principalmente o momento do expulsivo materno (MYERS-HELFGOTT, 1999, AMORIM; KATZ; 2008).

De todo modo, apesar de todos os inconvenientes, a posição de talha litotômia, foi amplamente popularizada, pois permitia melhor acesso dos obstetras ao canal de parto (AMORIM; KATZ; 2008).

Somente a partir da década de 70, o número de episiotomias passou a ser reduzido, no mesmo período em que as campanhas pró-parto ativo e os movimentos feministas passaram a questionar o procedimento. Concomitantemente, foram publicados os primeiros estudos clínicos bem conduzidos em relação ao tema, acerca do uso rotineiro da episiotomia (LEE, 1982; HARRIS, 1970).

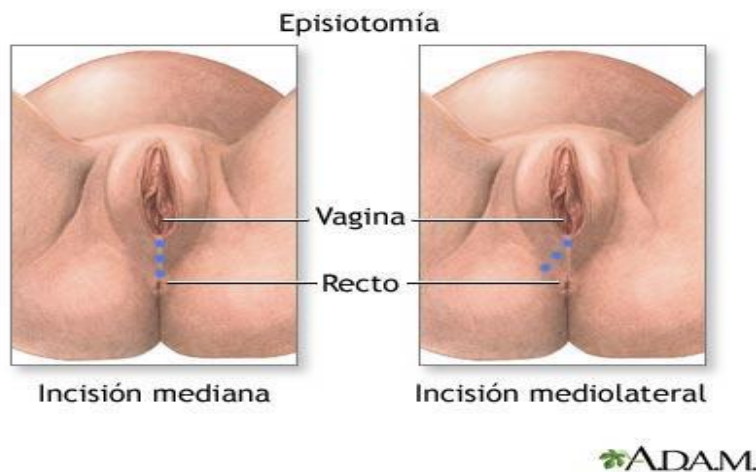
2.2 Aspectos gerais da episiotomia

Esse procedimento consiste na incisão do períneo para ampliar o canal de parto, com o intuito de auxiliar no desprendimento fetal de partos complicados e evitar lacerações graves do períneo (MATTAR; AQUINO;

MESQUITA, 2007). O corte tem um comprimento de dois a quatro centímetros, sua sutura é chamada de episiorrafia, feita com fio cirúrgico absorvível pelo organismo materno durante a fase de cicatrização (REZENDE, 2005).

A incisão da episiotomia, quando necessária, pode ser lateral, médio-lateral e mediana, chamada perineotomia. A lateral está contraindicada devido ao fato de causar extensas lesões nos feixes internos do músculo elevador do ânus, além de ser uma região muito vascularizada. Atualmente a técnica mais utilizada é a médio-lateral, principalmente na América Latina e Europa e consiste em uma incisão realizada em um ângulo de 45° a partir da linha média, podendo ser direita (geralmente a mais utilizada) ou esquerda (figura 1), a incisão mediana é realizada na margem posterior do intróito vaginal estendendo-se até a linha média (figura 1), sendo mais utilizada nos Estados Unidos (THACKER, 2000; LÔBO, 2010 apud ZIEGEL; CRANLEY, 1985; TOMASSO, 2002)

Figura 1 - Episiotomia mediana e mediolateral



Fonte: http://health.bwmc.umms.org/pregnancy_spanish/000136.htm

Os autores clássicos sugerem que a episiotomia, deve ser realizada durante o ápice de uma contração uterina, porém, antes que ocorra uma distensão exacerbada no períneo, o qual poderia causar danos ao assoalho pélvico. Todavia, é feita quando o polo cefálico fetal está suficientemente baixo, a ponto de distender o períneo, visto que, se realizada precocemente, o

sangramento oriundo da incisão poderá ser considerável até que o parto de fato, finalize (REZENDE, 2005; ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

Em uma revisão sistemática disponibilizada na biblioteca Cochrane, no qual, incluiu dois estudos com episiotomia mediana e seis com episiotomia médio-lateral, observaram, quando comparado os resultados da episiotomia médio-lateral com a mediana, que devido a possuírem baixa qualidade metodológica, foram excluídos desta revisão. Portanto, os autores sugeriram que o tipo de incisão fique à critério da prática do obstetra e que se faz necessário o desenvolvimento de novos estudos, comparando essas duas práticas (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010 apud CARROLI; MIGNINI, 2009).

3 EVIDÊNCIAS: EPISIOTOMIA SELETIVA VERSUS ROTINA.

A publicação do artigo de Thacker e Banta em 1983, revisou a literatura, de 1860 até 1980, acerca dos benefícios da episiotomia. Essa pesquisa incluiu mais de 350 artigos e livros, concluindo que não há evidências suficientes para a recomendação desse procedimento. Além disso, concluíram, que se as mulheres forem previamente informadas, sobre os benefícios e riscos dessa técnica, provavelmente, não consentiriam em realizar a episiotomia de forma rotineira. Esse estudo foi fundamental para a reavaliação dessa conduta, como prática de rotina.

Na Argentina, Belizan et al., em 1993, realizaram o primeiro ensaio clínico randomizado, comparando episiotomia seletiva com episiotomia rotineira, entre agosto de 1990 e julho de 1992. Participaram desse estudo 2.606 mulheres, na qual, 1.555 eram nulíparas (778 no grupo seletivo e 777 no grupo rotina) e 1051 eram primíparas (520 no grupo seletivo e 531 no grupo rotina). A episiotomia foi realizada em 30,1% dos partos no grupo de episiotomia seletiva, e 82,6% no grupo de rotina. Sendo, 39.5% e 90.7% respectivamente entre as mulheres nulíparas e 16.3% e 70.5% respectivamente entre as primíparas.

Não houve nenhum efeito de trauma perineal grave, portanto, sendo incomum em ambos os grupos, porém, foi um pouco menos frequente no grupo da seletiva (1,2% vs 1,5%). Embora a taxa global de trauma perineal grave tenha sido maior entre as mulheres nulíparas, o padrão de resultados foi semelhante em análises estratificadas por paridade. No entanto, o padrão de trauma perineal, se diferenciou entre os grupos. O trauma perineal anterior foi mais comum no grupo da seletiva, enquanto o trauma posterior foi mais comum no grupo de rotina. Menos de 28% das mulheres no grupo de seletiva foram destinadas a requerer um reparo perineal. Contudo, o reparo cirúrgico perineal posterior, a dor perineal, complicações cicatriciais e deiscências, foram todos menos frequentes no grupo de episiotomia seletiva.

Sendo assim, esses autores concluíram que não há evidências confiáveis, de que o uso rotineiro da episiotomia tenha qualquer efeito benéfico, além disso, existem várias evidências demonstrando, que possivelmente,

podem causar danos. Ademais, possuem implicações óbvias para o sistema de saúde. Os autores enfatizam que na Argentina, a política de episiotomia seletiva, poderia evitar cerca de 90.000 reparos cirúrgicos perineais a cada ano. Contudo, com base nas atuais evidências disponíveis, os pesquisadores sugerem que a política de episiotomia rotineira, deveria ser abolida, pois não atendem aos benefícios que a ela se atribuem, sendo injustificável um índice superior a 30% encontrado no grupo seletivo desse estudo.

Na América Latina, um estudo coordenado pelo Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP) em 122 hospitais de 16 países da região, incluindo o Brasil, analisou 94.472 partos vaginais espontâneos em primíparas, no período de 1995 a 1998. Em 91 hospitais as taxas de episiotomia foram superiores a 80% e em 69 hospitais foram superiores a 90%. A taxa de mediana em geral foi de 92,3% e os valores medianos por países variou entre 69,2% e 96,2%. As taxas de episiotomia foram semelhantes nos hospitais primário, secundário e terciário 89,8%, 91,6% e 92,7%, respectivamente e para os hospitais públicos, privados e sociais, 90,2%, 96,4% e 95,6% respectivamente. As taxas também foram semelhantes de acordo com os profissionais que participaram do parto (médicos em 91,4%, parteiras e enfermeiros em 93,6%, e os estudantes em 93,7%).

Esse estudo evidenciou que nove em cada dez mulheres primíparas que tiveram parto vaginal espontâneo, em hospitais na América Latina, entre 1995 e 1998 tiveram uma episiotomia. Todavia, este panorama foi semelhante, em hospitais públicos, privados e de orientação e cuidados primários, assim como em partos assistidos por médicos ou parteiras. Esses dados demonstram que se uma taxa de 92% for aplicada aos 2,35 milhões de mulheres primíparas, as quais têm parto vaginal espontâneo nos hospitais latino-americanos por ano, cerca de 2,17 milhões de primíparas por ano serão submetidas à episiotomia.

Setenta e um por cento dos hospitais do banco de dados foram localizados na Argentina e no Uruguai. Os resultados podem, portanto, apresentar padrões de atendimento nos hospitais desses dois países, ao invés de em outros lugares. Entretanto, as semelhanças nas taxas de episiotomia nos outros hospitais, não apresentaram viés nas instituições selecionadas, evidenciando assim, um padrão de utilização rotineiro da prática da episiotomia na maioria dos hospitais da América Latina. Encontrando-se, nesse estudo, uma taxa de 92,3% de episiotomia.

Esses autores concluíram que essa situação é inadmissível à luz das evidências atuais e que o desafio, no entanto, é criar um programa educacional inicial dirigido às mulheres e profissionais de saúde com o objetivo de gerar mudanças nessa prática nos hospitais da América Latina (ATHABE; BELIZAN; BERGEL, 2002).

Um levantamento, também realizado em 2003 em hospitais de onze países (Argentina, Brasil, Bolívia, Chile, República Democrática do Congo, Equador, Índia, Tibet, Uruguai, Venezuela e Zâmbia), revelou que a taxa de episiotomia foi superior a 90% entre as nulíparas (KROPP; HARTWELL; ALTHABE, 2005), demonstrando, portanto, a normalização desta técnica como utilização de rotina nessas Instituições.

Uma importante revisão sistemática da biblioteca Cochrane, de 2009, foi realizada por Carroli e Mignini, com o objetivo de avaliar os efeitos do uso restrito de episiotomia em comparação com a episiotomia de rotina, durante o parto vaginal. Onde, foram incluídos oito estudos (5.541 mulheres). No grupo de episiotomia de rotina, 75,15% (2035/2708) das mulheres tiveram episiotomia, enquanto a taxa do grupo de episiotomia restritiva foi de 28,40% (776/2733).

Comparado com o uso rotineiro, a episiotomia restritiva resultou em menos trauma perineal grave (risco relativo (RR) 0,67, intervalo de confiança de 95% (IC) 0,49-0,91), menos sutura (RR 0,71, IC 95% 0,61-0,81) e menor número de complicações na cicatrização (RR de 0,69, IC 95% 0,56-0,85). A episiotomia restritiva foi associada com maior trauma perineal anterior (RR 1,84, IC 95% 1,61-2,10). Não houve diferença no trauma vaginal / perineal grave (RR de 0,92, IC 95% 0,72-1,18), dispareunia (RR 1,02, IC 95% 0,90-1,16), incontinência urinária (RR de 0,98, IC 95% 0,79-1,20) ou níveis de dor grave. Os resultados para episiotomia mediolateral contra mediana restritiva versus rotineira, foi semelhante à comparação geral.

Os autores concluíram que as políticas de episiotomia restritiva parece ter uma série de benefícios em comparação com as políticas baseadas em episiotomia de rotina. Constataram uma menor taxa de trauma perineal posterior, menos sutura e menos complicações, não havendo, portanto, diferença significativas, para as medidas de dor e trauma vaginal ou perineal grave, entretanto, houve um aumento do risco de trauma perineal anterior com episiotomia restritiva.

Segundo esses mesmos autores, a questão principal é se deve ou não usar uma episiotomia de rotina. A resposta, no entanto, foi clara. Há evidências para apoiar o uso restritivo da episiotomia em comparação com o seu uso rotineiro. Este foi o caso de uma comparação global e as comparações de subgrupos, que levaram em conta a paridade. À luz da evidência disponível, é recomendado o uso restrito da episiotomia.

Em um estudo de análise econômica realizado na Argentina (BORGHI et al., 2002), demonstrou-se, que uma política de episiotomia restritiva é mais eficaz e menos dispendiosa do que uma política de episiotomia de rotina. Ainda em relação aos custos, compararam-se os gastos econômicos com a realização da episiotomia seletiva ou rotineira em dois países latino-americanos. Apontou-se uma economia entre US\$ 6,50 e 12,50 em cada parto vaginal sem episiotomia, realizado no setor público. Esse custo está relacionado apenas aos materiais de sutura. Num país como a Venezuela, com 574.000 nascimentos por ano, sendo que 97% deles ocorrem no setor público, a economia seria entre US\$ 3,5 e 7 milhões. A mesma estimativa foi feita em relação ao Brasil, que economizaria de US\$ 15 a 30 milhões.

Um estudo retrospectivo realizado quatro anos após o parto, comparando dois grupos de pacientes, com a episiotomia rotineira e seletiva, demonstrou não haver benefícios da episiotomia rotineira. De um total de 627 pacientes que responderam ao questionário, 320 faziam parte do grupo de episiotomia seletiva e 307 do grupo de episiotomia rotineira. Quatro anos após o parto, não houve diferença significativa, na prevalência de incontinência urinária (26 versus 32%), dor perineal (6 versus 8%) e dor durante a relação sexual (18 versus 21%) entre os dois grupos. De todo modo, a incontinência anal foi menos prevalente no grupo restritivo (11 versus 16%). A regressão logística confirmou que uma política de episiotomia de rotina foi associada a um risco de incontinência anal com quase o dobro do risco associado à política restritiva (OR=1,84; IC95%=1,05-3,22) (FRITEL et al., 2008).

Carvalho, Souza e Moraes Filho (2010), realizaram uma revisão da literatura de forma sistematizada, com o objetivo de comparar os estudos que abordavam a realização da episiotomia rotineira e seletiva.

Esses autores observaram que a realização da episiotomia rotineira não protege o assoalho pélvico, sendo causa de maior dor, sangramento e complicações intra e pós-operatórias. De acordo com os resultados

encontrados, concluíram que não há justificativa para a manutenção da realização de episiotomia de forma rotineira. Entretanto, sua frequência continua sendo elevada no Brasil. Ainda verificaram, que apesar da literatura discordante quanto a realização rotineira, ainda se encontra bastante dificuldade da utilização criteriosa desse procedimento, dos profissionais de saúde. Perceberam, também, que essa resistência pode ser devida a hábitos antigos, influência da formação acadêmica ou temor de que sua não realização represente má assistência obstétrica.

Os pesquisadores sugerem a importância do surgimento de estudos para avaliar as dificuldades da implantação desses novos preceitos. Enfatizam que a mudança de paradigmas é algo bastante laborioso, porém, extremamente importante para uma prática médica de qualidade, baseada em evidências.

Uma outra revisão de literatura, realizada por Zanetti et al. (2009), destacaram também a subjetividade das indicações do procedimento, e ressaltaram ainda que a primiparidade e prematuridade não se caracterizam como indicações. Salientaram a importância de compreender a distensão da musculatura do assoalho pélvico e que uma avaliação minuciosa na parturiente, deve ser realizada.

Sobretudo, sugeriram a importância de um preparo, durante a gestação, da musculatura do assoalho pélvico, incluindo massagens e exercícios específicos, pois estes possivelmente aumentam a capacidade de distensão dessa estrutura. Já que existem poucas contra indicações ou efeitos colaterais, a massagem perineal deveria ser ensinada a todas as gestantes.

Esses mesmos autores salientaram, ainda, a importância de reconhecer que a episiotomia é um dos poucos procedimentos que são feitos sem consentimento da parturiente, que esse fato deve ser levado em consideração, pois pode acarretar alterações cicatriciais, além de outras complicações a longo prazo, assim, a decisão da utilização desse procedimento deve ser compartilhada com a parturiente, exceto em condições em que os benefícios da aplicação, justifique amplamente a sua realização.

Por fim, sugerem que as instituições hospitalares realizem treinamentos e atualizações, acerca das diretrizes baseadas em evidências, na obstetrícia. (ZANETTI et al., 2009)

Amorim e Katz (2008), enfatizam que a episiotomia de rotina gradualmente tem se demonstrado ser um procedimento desnecessário e prejudicial, contrapondo sua consideração pelos obstetras antigos, que a consideravam uma estratégia para proteger o períneo, o assoalho pélvico e o feto de lesões do parto. Além disso, os obstetras atuais necessitam considerar que os riscos de lesão materna superam os possíveis benefícios, de acordo com as atuais evidências disponíveis. Pois além de não proteger o assoalho pélvico, esse procedimento aumenta a dispareunia, perda sanguínea, a frequência de dor perineal, laceração do esfíncter anal, sem diminuir, no entanto, as taxas de incontinência urinária ou melhorar os resultados neonatais. Ainda enfatizam, nessa revisão, que as mulheres deveriam ser avisadas previamente desse procedimento e que este só deve ser realizado, com o consentimento pós-informação da parturiente.

3.1 Indicações da episiotomia

O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2006), estabeleceu recentes diretrizes, afirmando que os melhores dados disponíveis não apoiam o uso liberal ou rotineiro de episiotomia. No entanto, esse procedimento tem um papel por indicações maternas ou fetais, como facilitar partos difíceis ou evitar lacerações graves.

Em revisão sistemática da Biblioteca Cochrane, Carroli e Mignini (2009), questionaram quais seriam as reais indicações da episiotomia, como parto operatório, parto pré-termo, parto pélvico, macrossomia ou ameaça de ruptura perineal grave. No entanto, essas indicações têm sido questionadas e sugere-se a necessidade da realização de novos ensaios clínicos randomizados.

A principal indicação para a realização da episiotomia de rotina e amplamente difundida foi a alegação, de que este procedimento, protegeria o períneo no período expulsivo da iminência de laceração de 3º e 4º graus (lesões que afetam esfíncter externo do ânus e mucosa retal respectivamente). Acreditava-se que o corte impedia a ruptura das fibras musculares que compõem o assoalho pélvico, entretanto, este foi um grande equívoco, devido

ao fato de ser um procedimento que ao invés de proteger, se caracteriza, justamente por uma lesão de segundo grau (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010; THACKER, 1980; ACOG, 2006; WHO, 1996).

Um estudo randomizado controlado, com grau de evidência A, foi realizado, com 109 pacientes primíparas, comparando a episiotomia médio-lateral liberal (sem ser rotineira, mas com indicações amplas) com a realizada com indicação restrita a parâmetros fetais e que não seria indicada por outras causas, mesmo na iminência de laceração. Nessa pesquisa, a restrição ao uso de episiotomia somente para indicações fetais, revelou aumento importante na frequência de períneos intactos de 29%, versus apenas 10% no grupo com indicação liberal. Além disso, evidenciou-se uma frequência menor de episiotomia no grupo liberal, de 77% versus 41% no grupo restrito. Também encontraram significativa redução nas taxas de dor puerperal no grupo de episiotomia restrita. Esses autores concluíram que a iminência de laceração não deve ser indicação, para a realização da episiotomia de rotina, pois não representa nenhum benefício evidente para a mãe e o feto (DANNECKER et al., 2004).

Rezende (2005), um dos grandes autores influentes na obstetrícia, considera que esta técnica deve, ainda, ser utilizada nas primiparurientes e nas múltiparas que já foram episiotomizadas e embora contradiga as evidências atuais, muitos profissionais continuam seguindo suas recomendações.

Em relação a proteção fetal, com a realização da episiotomia, os supostos benefício propostos para o feto, especialmente para prematuros são: diminuição da asfixia perinatal, melhora nos índices de Apgar, menor acidose fetal e redução de complicações na distocia de ombros. Embora existam essas alegações, poucas pesquisas estão disponíveis para corroborar com qualquer uma delas (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO et al., 2010).

Quanto a prematuridade, não há evidências de que a realização de episiotomia seja necessária para a prevenção de tocotraumatismos fetais (MEYRS-HELFGOTT et al., 1999; THACKER; BANTA, 1983; AMORIM; KATZ, 2008; CARVALHO; SOUZA; MORAES FIIHLO, 2010). Ao contrário, o uso da episiotomia foi associado a aumento da taxa de contusões e abrasões cutâneas e não teve influência nas condições de nascimento, como índice de

Apgar, acidose fetal ou admissão em unidade de cuidado intensivo neonatal. (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010; MACLEOD et al., 2008)

Guariento e Delascio (1987) referem que essa cirurgia ampliadora está indicada também para se evitar a compressão prolongada da cabeça, particularmente em prematuros, o que favorece o trauma craniano. Referem, também, que não é somente para a cabeça primeira que esse procedimento é indicado, mas também para derradeira, de acordo com o obstáculo à respectiva desenvolvimento. Outros critérios, ainda, são alegados para se realizar a episiotomia (ZANETTI et al., 2009; DELASCIO, 1987), porém, sem evidências claras de sua efetividade.

Em revisão sistemática da biblioteca Cochrane, que incluiu oito ensaios clínicos randomizados, onde apenas quatro avaliaram desfechos perinatais, Carroli e Mignini (2009), comparando a episiotomia seletiva e rotineira, não observaram diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto ao índice de Apgar, menor que sete no primeiro minuto (RR=1,04; IC95%=0,76-1,43) e necessidade de internação em unidade de cuidado intensivo neonatal (RR=0,74; IC95%=0,46-1,19).

Apesar de sugerirem um alargamento do espaço perineal em virtude da redução de chance de uma distocia de ombro, não há estudos conclusivos sobre esta situação (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO et al., 2010; ACOG, 2006). Em uma revisão sistematizada, apenas um estudo encontrado abordou essa situação e concluiu que o uso de episiotomia não tinha influência sobre a diminuição de distocia de ombro, além disso, constatou que nessas parturientes, aumentava o risco de lesões graves do períneo. (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO et al., 2010; GUREWITSCH et al., 2004)

Amorim e Katz (2008), também corroboram com essa opinião e com outros autores, no que diz respeito, a episiotomia não ser útil na distocia de ombros, e ainda acrescentam que o problema neste caso está na desproporção dos ombros fetais com a pelve óssea e não com o períneo materno (GHERMAN, 2003; AMORIM; KATZ, 2008).

Além disso, enfatizam que as manobras incluídas sob o acrônimo, de "HELPER", pelo ALSO (Advanced Life Obstetrics Support) são efetivas em termos de conduta na distocia de ombro, sem necessidades de utilização de episiotomia, embora no algoritmo proposto, a letra "E" corresponda à recomendação de "considerar se realmente existe a necessidade de

episiotomia”. Ainda esclarecem, que uma indicação aparente seria a opção de realizar manobras de rotação, entretanto, enfatizam que na maioria dos casos a distocia pode ser resolvida com a manobra de McRoberts ou a pressão suprapúbica e que, no entanto, muitas mulheres deveriam ser poupadas de uma incisão cirúrgica (AMORIM; KATZ, 2008; BAXLEY et al., 2004).

No parto pélvico, tampouco, existem ensaios clínicos randomizados evidenciando a necessidade de episiotomia; e até mesmo a cabeça derradeira, que é considerada a complicação mais temida, não está associada a desproporção relacionada com o períneo. A Organização Mundial de Saúde, apenas recomenda a utilização desse procedimento no parto pélvico se o períneo for muito rígido (AMORIM; KATZ, 2008; WHO, 1996).

A necessidade de realização de episiotomia em partos operatórios, como fórceps e vácuo extrator, antes era imprescindível, porém, de acordo com revisões (WHO, 1996) e estudo recente de maior nível de evidência (MURPHY, 2008), sua aplicação tem sido questionada. Todavia, a combinação da episiotomia com a utilização de fórceps ou vácuo extrator, está presente em estudos recentes, como uma associação potencialmente deletéria, devendo, portanto, ser evitada. Essa recomendação estabelecida é devido ao fato, de que esses procedimentos associados, resultam em aumento das lacerações graves de períneo, com possibilidade de comprometimento da função anal (NUGENT, 1935; ECKER; TAN; BANSAL, 1997; KUDISH et al., 2006).

Até mesmo a afirmação de que a episiotomia encurta o período expulsivo é questionada (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010; ACOG, 2006).

4 CONSEQUÊNCIAS DA EPISIOTOMIA

A preocupação de diversos pesquisadores com as repercussões negativas do uso indiscriminado da episiotomia, esta contribuindo para a realização de diversas publicações, com resultados que evidenciam os riscos deste procedimento, quando utilizado de forma não seletiva (ECKER; TAN; BANSAL, 1997; TOMASSO, 2002; RODRIGUEZ, 2004; KUDISH et al., 2006; PROGIANTI et al., 2006).

Dentre os riscos e prejuízos deste procedimento estão: a dispareunia, infecção, extensão da lesão, hemorragia significativa, dor no pós-parto, edema, incontinência urinária, hematoma, rotura do períneo de 3º e 4º graus, prolongamento de uso de sondas urinárias, uso de anestésicos mais potentes, dor no período puerperal, maior tempo de internação, uso de antibióticos e embora rara, a endometriose da episiorrafia (ZANETTI et al., 2009; OSAVA, 1997; SIGNORELLO et al., 2000; THACKER; BANTA, 1983). Soma-se a isto o fato de que a episiotomia não previne lacerações graves, de terceiro e quarto graus. (KUDISH B, 2006)

Além disso, pode ocorrer outras complicações descritas na literatura, como, deiscência, piora da função sexual, abscesso, incontinência de gases e fezes, fistula reto vaginal, lesão do nervo pudendo, fascitenecrosante. (ZANETTI et al., 2009).

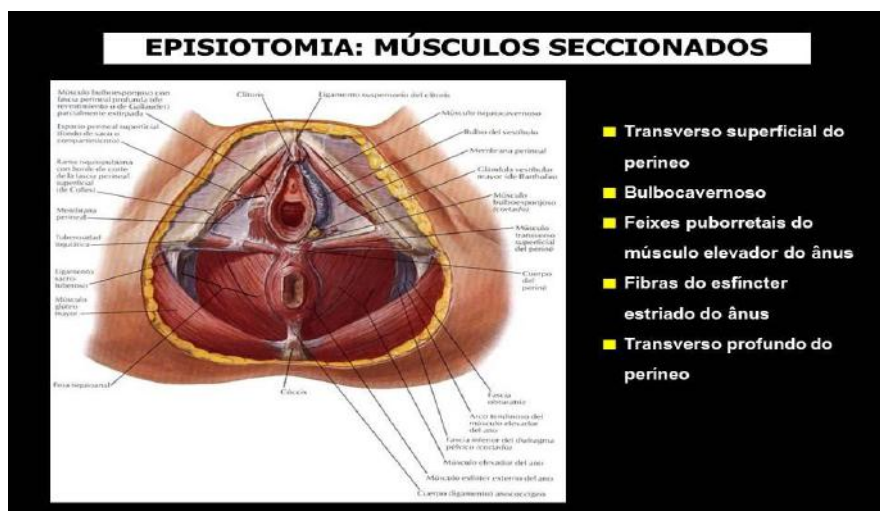
Embora as indicações e vantagens da episiotomia não sejam consenso, as complicações desse procedimento são amplamente divulgadas (TABELA).

4.1 Comprometimento anatomo-funcionais

A episiotomia pode comprometer a fascia, aponeurose, nervo, artéria, veia e músculo. Dentre os músculos envolvidos estão o transverso superficial do períneo, bulbocavernoso, feixes puborretais do músculo elevador do ânus,

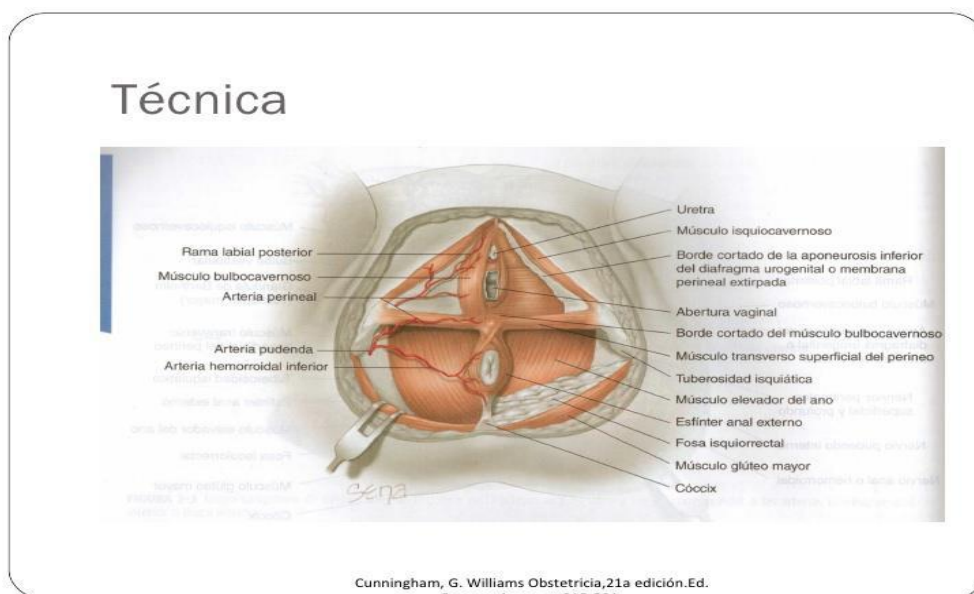
fibras do esfíncter estriado do ânus e o transverso profundo do períneo (figura1). Além disso, dependendo da forma como a episiotomia é aplicada pode haver lesão do nervo pudendo e ainda o comprometimento da artéria perineal (figura 2).

Figura 1 - Músculos seccionados



Fonte: <http://estudamelania.blogspot.com.br/2012/08/estudando-episiotomia.html>

Figura 2 - Artéria perineal



Fonte Ccunningham G. Williams Obstetricia 21a edición. ED Panamericana pp215 281

A incisão médio-lateral abrange pele, mucosa vaginal, aponeurose superficial do períneo e fibras dos músculos bulbocavernoso e do transverso superficial do períneo e algumas vezes, fibras internas do elevador do ânus. A episiotomia mediana apresenta como vantagem, menor perda de sangue, melhor facilidade de reparação, maior respeito à integridade anatômica do assoalho pélvico, menor desconforto doloroso e raramente é acompanhada de dispareunia. No entanto, é mais relacionada com lacerações do 3º e 4º graus (OLIVEIRA; MIQUILINI; LÔBO, 2010; ZIEGEL; CRANLEY, 1985; NEME, 2000).

Os danos perineais são classificados em 1º grau, quando atinge somente pele e mucosa, 2º grau, quando atinge músculos e fascia do períneo, 3º grau, quando compromete o esfíncter anal e 4º grau, quando a mucosa retal é lesada. As lesões de 1º e 2º graus são caracterizadas leves, enquanto as de 3º e 4º graus são classificadas como graves. No entanto, as lesões dessa musculatura podem levar à incontinência urinária e fecal (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010; THACKER, 1980; ACOG, 2006; WHO 1996).

Na Universidade de Miami, realizou-se um estudo, no qual, evidenciou, que 36% dos 50.210 partos vaginais tiveram episiotomia, sendo assim, a incisão mediana foi associada a 6,6% e a incisão mediolateral a 4,6% de laceração grave (ZANETTI et al., 2009; ANGIOLLI, 2000).

Compreende-se que às lesões de parede vaginal anterior e de 1º grau, estão mais relacionadas com a realização da episiotomia seletiva; todavia, essas lesões são bem menos prejudiciais à paciente e nem sempre necessitam de correção cirúrgica (RODRIGUEZ, 2008; MURPHY et al., 2008).

A lesão do esfíncter anal durante o parto é considerada o maior fator de risco para incontinência fecal na mulher. Sendo assim, aproximadamente 50% das mulheres desenvolvem algum tipo de complicação (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO et al., 2010; LEE et al., 1982).

Na Holanda, foi realizado um estudo observacional, onde os principais fatores de risco para lesão anal se caracterizaram por primiparidade, parto operatório e macrossomia fetal. Os autores ressaltaram que devido a realização da episiotomia médio-lateral nos partos operatórios, a vácuo extração, verificou-se um fator protetor significativo para lesão do esfíncter anal (OR=0,11; IC95%=0,09-0,13) ou fórceps (OR=0,08; IC95%=0,07-0,11) (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO et al., 2010; LEE et al., 1982). Entretanto, essa suposta proteção não foi evidenciada em estudos

randomizados de maior evidência e revisões sistemáticas (BELIZAN et al., 1993; CARROLI; MIGNINI, 2009; MURPHY et al., 2008; RODRIGUEZ, 2008).

Em um estudo com o objetivo de avaliar o efeito da episiotomia sobre a manutenção da força muscular do assoalho pélvico e prevenção de distopias, como incontinência urinária e fecal ou prolapso genital, no qual, incluiu 519 mulheres, os autores distribuíram as parturientes em um grupo que foi submetido à episiotomia médio-lateral e outro sem episiotomia. Observou-se, no entanto, não haver diferenças entre os grupos quanto à ocorrência de distopias. Houve incidência significativamente maior de dispareunia, (7,9 versus 3,4%; OR=2,43; IC95%=1,08-5,45) e dor perineal (6,7 versus 2,3%; OR=3,09; IC95%=1,20-7,99), no grupo com episiotomia. Além disso, testes pressóricos evidenciaram significativa diminuição da força muscular nas pacientes submetidas à episiotomia. Deduziu-se que a episiotomia médio-lateral não previne a ocorrência de incontinência urinária e anal, prolapso genital e relaxamento pélvico, mas aumenta a dispareunia e a dor (CARVALHO; SOUZA; MORAES FILHO, 2010; SARTORI, 2004).

Weber et al. (2002), notaram, que uma das maiores consequências da episiotomia mediana é a sua associação com um risco muito grande de dano no esfíncter anal (WEBER et al., 2002 apud SHIONO et al., 1990). Mesmo quando o dano do esfíncter anal é reconhecido no momento do parto, os métodos atuais de tratamento cirúrgico são inadequados. Esse dano está presente em até 85% das mulheres que sustentam a laceração do esfíncter anal e reparação no momento do parto vaginal (WEBER et al., 2002; FITZPATRICK, 2000).

Após a lesão do esfíncter e reparação, 42% de 54% das mulheres ainda apresentam sintomas de flatulência ou incontinência fecal depois do parto (WEBER et al., 2002 apud SORENSEN, 1988). Esse fator determinante ocorre principalmente, porque o reparo cirúrgico não pode restaurar a anatomia normal e a função, sendo extremamente importante evitar esse dano no momento do parto vaginal. Esses autores concluíram, que reduzir a taxa de episiotomia, poderia evitar milhares de casos de lesão do esfíncter anal durante o parto vaginal a cada ano (WEBER et al., 2002).

Oliveira et al (2007), através de uma revisão da literatura, sintetizaram informações com relação aos danos obstétricos imediatos e tardios ao trato urinário e assoalho pélvico feminino, enfatizando suas implicações na

incontinência urinária. Contudo, constataram que a episiotomia mediana aumenta o risco de lacerações perineais e a médio-lateral, quando praticada rotineiramente, não previne a incontinência urinária. Sendo assim, a prevenção do ganho excessivo de peso, bem como a prática de exercícios perineais antes e depois do parto, podem reduzir o risco de incontinência urinária no pós-parto.

A função sexual, após o parto, também foi avaliada em um estudo retrospectivo e os autores concluíram que as pacientes que retornaram antes às suas atividades (em torno de seis semanas) e com níveis de satisfação mais expressivos, foram exatamente, aquelas que permaneceram com o períneo íntegro ou tiveram lesões de primeiro grau (SIGNORELLO et al., 2001). Portanto, no grupo de mulheres submetidas a episiotomia rotineira, a frequência aumentada de dispareunia, também colabora para a negativa de proteção perineal (RODRIGUEZ, 2008; CARROLI; MIGNINI, 2009).

4.2 Aspectos fisiológicos sobre o dano perineal

A fisiologia do reparo tecidual pode esclarecer porque alguns autores citam que as lacerações de 1º e 2º grau, trazem menos malefícios à função do assoalho pélvico do que a episiotomia.

A regeneração tecidual (substituição das células lesadas por outras do mesmo tipo) ou ainda a fibrose (substituição das células musculares por tecido conjuntivo) podem ocorrer após uma lesão muscular como, por exemplo, a episiotomia. Sendo assim, a função da musculatura do assoalho pélvico pode ficar prejudicada ao ocorrer a fibrose no processo de reparação após esse procedimento.

Embora grande parte das lesões do músculo esquelético se recuperarem sem formação de fibrose, que leva à disfunção muscular, a proliferação de miofibroblastos pode ser excessiva em traumas maiores ou recidivos (como repetidas episiotomias), resultando na formação do tecido cicatricial denso, que restringe a regeneração das miofibrilas. Contudo, o

músculo lacerado não apresenta uma recuperação completa apesar de poder restaurar uma função satisfatória.

No processo de regeneração, logicamente, a episiotomia terá um impacto menor que uma laceração de 3º e 4º graus, se aplicada de forma correta. No entanto, diversos estudos não encontraram aumento na ocorrência dessas lacerações importantes ao comparar o uso rotineiro e seletivo desse procedimento (ZANETTI et al., 2009).

O treinamento dos músculos do assoalho pélvico durante a gravidez pode prevenir incontinência urinária (REILLY et al., 2002; MØRKVED et al., 2003) e mulheres devem ser estimuladas durante a gestação a realizar exercícios que fortaleçam essa musculatura. Todavia, existe um mito que permeia os profissionais que trabalham com o nascimento, de que a força dos músculos do assoalho pélvico, podem dificultar o trabalho de parto (UK Midwifery Archives 2004). Entretanto, o treinamento dos músculos do assoalho pélvico possivelmente pode produzir força e um melhor controle muscular, facilitando, assim o trabalho de parto (GERMAIM, 2005). Um estudo prospectivo com 86 mulheres não encontrou nenhum efeito desse treinamento no curso do nascimento, porém, os possíveis efeitos acerca do treinamento muscular, sobre os músculos do assoalho pélvico, durante o trabalho de parto, tem sido pouco documentado cientificamente (NIELSEN et al., 1988).

Devido à alteração hormonal, o tecido conjuntivo encontra-se menos resistente, momentaneamente. Isso vale para o tecido conjuntivo dos músculos, inclusive aqueles do assoalho pélvico. Soma-se a isso, o peso crescente do útero gravídico, que se apoia sobre a pelve menor. Geralmente, a percepção é de que a região do períneo está pesada e distendida (GERMAIN 2005).

Evidencia-se em decorrência desse fato, a importância de trabalhar regularmente essa musculatura, alternando exercícios funcionais cotidianos. Estes exercícios não serão relatados nesse estudo, devido as suas especificidades, porém, é importante salientar a importância do trabalho muscular, pois essa musculação do assoalho pélvico apresenta várias vantagens, dentre elas, evitar a distensão muscular e também priorizar a manutenção de um bom estado trófico dos músculos. Além disso, este estado é a melhor preparação do tecido muscular para se adaptar bem à compressão e ao estiramento na hora do parto (GERMAIN, 2005).

4.3 Aspectos gerais sobre a elasticidade muscular

Como podemos perceber, uma das maiores indicações para a episiotomia está relacionada à possível proteção da musculatura do assoalho pélvico, no entanto, essa indicação não está estabelecida nas evidências científicas, sendo importante salientar, que essa estrutura é formada por músculos estriados esqueléticos que possuem algumas propriedades importante como a contratilidade e a elasticidade.

A elasticidade muscular pode ser potencializada com alguns recursos terapêuticos, como o alongamento e a massagem perineal. Não podemos esquecer que o componente genético também é um fator importante, pois algumas pessoas são mais flexíveis do que outras.

Para melhor entendimento acerca das propriedades musculares, que ao serem trabalhadas, podem auxiliar em um melhor desempenho dessa estrutura durante o parto, é importante destacar, que a deformação de um músculo, ao ser alongado, pode ser classificada como elástica, ou seja, ocorre retorno ao seu comprimento inicial ou plástica, quando ocorre a deformação permanente. Todavia, a força utilizada e o tempo que dura essa força, se caracterizam pelas variáveis que vão definir o tipo de deformação muscular. Sendo assim, quanto menor a força e maior a sua duração ao distendê-lo, maior a chance de haver deformação plástica.

De acordo com os conhecimentos básicos sobre a musculatura, transferindo, assim, esse entendimento para o segundo período do trabalho de parto, podemos considerar, que as mulheres que praticam o alongamento perineal prévio, podem se privilegiar com uma melhor elasticidade. Além disso, se houver a deformação elástica ao invés da plástica, a função muscular pós-parto será melhor, necessitando, então, de um período expulsivo não prolongado.

Embora pouco se saiba sobre os limites de alongamento dos nervos periféricos, existem algumas evidências que indicam que sua amplitude

elástica está entre 6 a 20%, mas podem ter essa elasticidade comprometida por aderências e tecido cicatricial, trauma e suturas.

Além disso, os vasos sanguíneos e nervos periféricos também são capazes de alongamento, entretanto, é importante salientar que o alongamento excessivo dos nervos prejudica sua função e pode culminar em deficiência mecânica, assim como a aplicação de força sobre os vasos podem resultar em fluxo sanguíneo diminuído. Contudo, a aplicação do alongamento, pode proteger os nervos periféricos da sua deformação física, melhorando a sua elasticidade e seu retorno mecânico após o parto (ZANETTI et al., 2009).

Numa revisão sistemática da biblioteca Cochrane, realizada em 2008, três estudos foram analisados envolvendo 2.434 mulheres, divididas entre aquelas que praticaram a massagem perineal e um grupo controle, que não foi orientado, referente à massagem. A massagem perineal foi realizada introduzindo-se um ou dois dedos numa profundidade de 3 a 4 cm na vagina e em seguida, foi realizado movimentos de dentro para fora, látero-lateralmente, durante cinco a dez minutos diariamente. Os autores concluíram que a massagem diminuiu a necessidade da realização da episiotomia (especialmente nas nulíparas) e que todas as mulheres deveriam ser orientadas quanto ao uso dessa técnica (BECKMANN; GARRET, 2013).

5 A PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE A EPISIOTOMIA

Nesse capítulo, especificamente, a abordagem será feita sobre a visão das mulheres, seus sentimentos e suas dores que foram negligenciados ao longo de décadas, desde a introdução e recomendação da utilização de forma rotineira da episiotomia por DeLee (1920), baseando-se em argumentos sem consistência científica concreta.

Durante a pesquisa foi constatado, a carência de estudos acerca da preocupação com o emocional das mulheres em relação a esse procedimento, que afeta sua sexualidade e segundo Diniz (2006), é considerada por diversos autores como uma mutilação genital, lesão iatrogênica no parto, agravo sexual iatrogênico ou ferimento sexual iatrogênico no parto, e até mesmo como violência de gênero, cometida pelas instituições e profissionais. A autora ainda acrescenta que a utilização indiscriminada da episiotomia, tem sido considerada como uma situação exemplar de desrespeito aos direitos humanos na área da saúde.

Apenas um estudo, de uma enfermeira, analisou a percepção das mulheres e profissionais sobre a episiotomia, ainda que restrito ao enfoque do procedimento e uma tese de mestrado, na qual, teve como objetivos, conhecer e analisar a vivência de mulheres submetidas a episiotomia, a partir de sua história de vida. Outras pesquisas, faziam uma pequena consideração de forma isolada. Essa constatação se faz importante, na medida em que percebemos como os profissionais, ao longo dos anos, deram importância única e exclusivamente aos aspectos tecnicistas do procedimento, em detrimento do pensamento das mulheres sobre a episiotomia.

Ademais, quando esse procedimento teve seu uso rotineiro preconizado por obstetras renomados, embora eles utilizassem o argumento, de que esse procedimento reduziria o período expulsivo, favorecendo assim, um parto mais rápido e com menos sofrimento para as mulheres, esses profissionais não tiveram a preocupação, em saber, através da própria mulher, o que elas sentiam com a aplicação dessa técnica.

A episiotomia é feita em um órgão que está completamente ligado ao emocional da mulher, na medida em que, sua sexualidade é afetada. SÃO BENTO, 2005, desenvolveu uma tese de mestrado, na qual, teve como objetivos, conhecer e analisar a vivência de mulheres submetidas a episiotomia.

Esse estudo de natureza qualitativa revelou a relação de gênero na voz das mulheres, que foram colocadas de três formas pelas mesmas: a crítica à ideia que o corpo da mulher é pouco funcional e por isso é desvalorizado; a crítica a uma obstetrícia que atua à luz da premissa da pouca funcionalidade e a indignação do uso da episiotomia como instrumento para o prazer do homem e o “conserto” do estrago que o parto faz na vagina da mulher. A ideia da mulher enquanto objeto de atuação e o pouco respeito à sua vontade, assim como a desvalorização do prazer de ser mulher, também foram mencionados.

A tese, em questão, foi muito rica na sua conclusão, pois evidenciou não só uma discriminação de gênero, assim como a influência do processo cultural e a forma como essas mulheres foram criadas, influenciando na sua percepção acerca do procedimento. Constatou-se, que a questão da aceitação da episiotomia ou sua rejeição, passava por questões culturais. As mulheres entrevistadas, foram divididas em dois grupos, um pertencente à maternidade e outro pertencente às redes sociais. Ambos os grupos, sabiam previamente sobre o corte que receberiam na vagina na ocasião do parto, embora algumas não soubessem o nome do procedimento.

Entretanto, o que diferenciava essas mulheres era a forma como percebiam e questionavam a episiotomia. O grupo da internet, devido ao fato de possuir mais acesso à informação, segundo o autor, revelou um senso crítico mais reflexivo em relação ao procedimento, demonstrando sua insatisfação, indignação e percebendo a conduta como um procedimento indevido e violento. O grupo que foi entrevistado na maternidade, o qual, não buscou informação sobre o procedimento, encarava o corte como obrigatório, não demonstrando indignação, embora, ambos os grupos relatassem o fato da dor e da preocupação com sua vida sexual após a conduta.

Além disso, essas mulheres relataram o seu descontentamento com a conduta médica, revelando um discurso violento e humilhante por parte do profissional, o qual transferia a ideia de que essas mulheres deveriam sofrer caladas, além de serem estimuladas a efetuar o procedimento, com a alegação

de que a musculatura vaginal ficaria distendida e posteriormente, não voltaria ao estado normal, afirmando, assim, a necessidade da realização do procedimento conhecido como “o ponto do marido”.

No Brasil e em outros países, essa prática significa a apertada adicional da vulva, supostamente para “devolver a mulher a condição virginal”, muito frequentemente associada a dores na relação sexual (dispareunia) e até mesmo a impossibilidade de penetração, necessitando uma correção cirúrgica (DINIZ, 2013).

Diniz (2006), ainda, afirma, que a episiotomia não melhora a vida sexual e que este procedimento substitui o tecido muscular erétil e contrátil da vulva por fibrose. Essa característica de deformação tecidual provoca dor durante a penetração e retarda a retomada da vida sexual pós-parto, além disso, provoca deformidades vulvares, levando a disfunção do assoalho pélvico.

São Bento (2005), ainda, relata em sua tese, que referente ao levantamento dos problemas relatados pelas mulheres, durante o procedimento da episiotomia, onze aspectos foram destacados nos depoimentos, dentre eles estão: dor (em geral); dor para realizar a episiorrafia; prejuízo na amamentação; incontinência vesical e intestinal; constipação; problemas durante o ato sexual; demora em fazer a sutura; demora na recuperação da episiotomia; incômodo ao sentar; deiscência e a opção de cesárea ao invés de realizar a episiotomia (devido aos problemas físicos).

Por fim, também se evidenciou, que nos partos assistidos por enfermeiras (os) obstetras, em uma determinada maternidade, observou-se que a assistência à mulher, durante o parto, era diferente. A episiotomia também era realizada na maioria das mulheres, mas a incisão era menor.

Refere que as intervenções agressivas, com ênfase nos resultados em curto prazo, afirmam assim, o paradigma tecnocrático. O progresso das indústrias farmacêuticas e das tecnologias médicas, deram lugar a um arsenal de possíveis intervenções, utilizadas indiscriminadamente, à luz do seguinte princípio tecnocrático: se pode ser feito, que se faça. Já no paradigma humanístico o enfoque está na prevenção da doença e das complicações. Parte-se do princípio de prevenção para a maioria e alta tecnologia para a minoria. Mais uma vez percebemos a influência do paradigma tecnocrático no discurso das mulheres. Profissionais que fazem

o que podem fazer, conduzem as mulheres para as cesáreas, controlam o corpo da mulher com suas intervenções e utilizam a episiotomia para “resolver” problemas em curto prazo. Eles usam o procedimento para prevenir lacerações espontâneas e ignoram os problemas a médio e longo prazo, entre eles os citados como dor, incontinência vesical e fecal, dispareunia, amamentação... (DAVIS-FLOYD, 2004, p304-308).

Aguiar (2010), desenvolveu uma tese com o objetivo de investigar como e porque a violência institucional acontece nas maternidades públicas no contexto brasileiro, através de entrevistas semi-estruturadas. Constataram, no entanto, que a banalização da violência aponta para a banalização da injustiça e do sofrimento alheio, como um fenômeno social que atinge toda a sociedade; para a fragilização dos vínculos de interação pessoal entre profissionais e pacientes e para a cristalização de estereótipos de gênero e de classe, que se refletem na assistência a essas pacientes, além de contribuir para a invisibilidade da violência, como tema de reflexão e controle institucional. Afirmam também que a violência institucional, se caracteriza por uma violência de gênero.

Devido ao fato da medicina está inserida em uma construção histórica tecnicista e intervencionista, se torna evidente, que os profissionais analisem a episiotomia como fenômeno instrumental e técnico, e não a visualizem como um fenômeno social, cultural e de gênero. Percebemos, contudo, que a assistência obstétrica ainda não está seguindo as recomendações da OMS, no que diz respeito ao atendimento humanizado, centrado no cuidado e respeito à mulher, com o mínimo de intervenções que possam agredir sua integridade física e emocional.

Uma vez que discutimos participação social ativa, como determinante de cidadania, esperamos que outros estudos sejam feitos sobre aspectos relacionados a episiotomia, que não somente os de âmbito cirúrgico e institucional (SÃO BENTO; 2005).

Devido ao fato de não encontrarmos pesquisas nacionais, comprovando que os profissionais estão interessados e preocupados com a opinião das mulheres, sobre esse e outros procedimentos que violentam o seu

corpo, se faz necessário a elaboração de novas pesquisas, que evidenciem esse aspecto, com o intuito de transformar a prática obstétrica à luz da humanização da saúde, do respeito à mulher enquanto cidadã e numa atividade mais crítica e reflexiva e menos normativo-prescrita.

A luta e a conquista pela melhoria na assistência obstétrica são árduas. O que podemos esperar para a saúde da mulher, no Brasil, quando diversos profissionais da saúde, resumiram-na durante algum tempo como objeto e não como sujeito, mercantilizando o corpo feminino e cerceando a sua autonomia?

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o levantamento bibliográfico, diversos estudos fortalecem a evidência de que a episiotomia não deve ser realizada de forma rotineira. Lamentavelmente, este procedimento foi aplicado em diversas mulheres, durante décadas, sem evidências científicas consistentes, causando danos ao assoalho pélvico, muitas vezes de forma irreversível.

Estudos recentes concluíram que o uso rotineiro da episiotomia deve ser abandonado e que o dano perineal é reduzido, quando a episiotomia não é realizada, restringindo-a a casos específicos.

Não há um consenso da taxa ideal, para a aplicação da episiotomia seletiva. A Organização Mundial da Saúde preconiza uma taxa de utilização de 10%, que foi o índice encontrado no ensaio clínico randomizado inglês sem associação com riscos maternos ou neonatais.

Além disso, quando considerada no contexto de operações realizadas sobre as mulheres, a taxa de episiotomia ainda supera outros procedimentos comuns, como a cesariana e a histerectomia. Não se deve negligenciar o fato de que, quando praticada, a episiotomia requer informação e consentimento prévios da parturiente.

A visão de que a episiotomia não é uma operação significativa, contribuiu para a grave subestimação de seus riscos e consequências adversas à longo prazo (WEBER et al., 2002).

Tendo em vista os resultados dos diversos estudos, podemos concluir que a episiotomia pode cursar com diversas complicações, dentre elas destacam-se: a dispareunia, deiscência, infecção, hemorragia significativa, dor no pós-parto, edema, incontinência urinária ou fecal, hematoma, rotura do períneo de 3º e 4º graus, fístula reto vaginal, lesão do nervo pudendo, abscesso, dificuldades na cicatrização, dor no período puerperal, maior tempo de internação e embora rara, a endometriose da episiorrafia. Ainda podendo surgir deformidades.

Além dessas situações, ainda pode causar comprometimento anatomo-funcionais, às vezes, irreparáveis, comprometendo fascia, aponeurose, nervo, artéria, veia e músculo.

No que diz respeito às reais indicações para a utilização da episiotomia, questionou-se a sua utilização no parto operatório, parto pré-termo, parto pélvico, macrosomia ou ameaça de ruptura perineal grave. Evidenciou-se que essas situações continuam sendo argumentos para a realização da episiotomia, embora haja a necessidade de estudos mais consistentes.

Os argumentos que permeiam as indicações e necessidade de realização da episiotomia, são contrapostos com as evidências científicas atuais, que demonstram as questões contraditórias, na qual, o contexto de justificativa para sua utilização está inserido.

O principal paradigma a ser quebrado, se encontra na justificativa de que a episiotomia reduziria a probabilidade de ruptura perineal grave, minimizando assim, as lacerações de 3º e 4º grau, que porventura, poderiam acontecer no momento do período expulsivo. Da mesma forma, acreditava-se que o corte do períneo, reduzia o tempo do período expulsivo e evitaria a ruptura das fibras musculares que compõe o assoalho pélvico.

Entretanto, essa afirmação é contraditória, pois esse procedimento se caracteriza, justamente, por uma lesão de segundo grau, podendo comprometer a musculatura do assoalho pélvico, causando assim, disfunções importantes nessa estrutura.

Salienta-se, que a incisão, deixa sequelas mais graves, do que a laceração espontânea, e que, quando estas ocorrem, são menos danosas do que a episiotomia. Além disso, as lesões de 3º e 4º graus são raras, quando ocorrem as lacerações espontâneas, não justificando a relação da utilização da episiotomia, no que diz respeito, à prevenção de “ruptura perineal grave”.

Em relação aos custos, comparando os gastos econômicos com a realização da episiotomia seletiva ou rotineira, estimou-se uma economia de R\$ 15 a 30 milhões para o Brasil em cada parto vaginal sem episiotomia, realizado no setor público. Esse custo está relacionado apenas ao material de sutura.

É importante salientar, que uma das principais formas de prevenção aos danos no assoalho pélvico, pode estar associado ao treinamento muscular, funcional, regular, dessa estrutura, durante a gravidez, no pós-parto ou, principalmente, em qualquer fase da vida da mulher.

É provável que a cultura permeada por tabus moralistas, justamente por essa região está relacionada com a sexualidade, dificulte o acesso a conscientização do movimento, funcional e biológico da região pélvica, que acontece, quando realizamos um trabalho corporal integral, de movimentação de cadeias musculares, planos, eixos e, por conseguinte esses músculos são ativados. Esse treinamento resulta em melhor controle, resistência e flexibilidade muscular e pode auxiliar na prevenção da distensão dessa musculatura.

Exercícios funcionais cotidianos específicos, alongamento e massagem perineal, também podem ser indicados, pois permitem que o assoalho pélvico possa se adaptar melhor aos estímulos de compressão e estiramento durante o trabalho de parto. Para isso, se faz necessário a orientação de um fisioterapeuta especializado, que estará apto a realizar as condutas terapêuticas, assim como, a frequência e o tempo de atividades práticas funcionais, para cada tipo de disfunção associada ao assoalho pélvico, caso ocorra.

Apesar da literatura discordante quanto à sua realização rotineira, ainda é notória a imensa dificuldade na implantação desse conhecimento aos profissionais de saúde, tanto em clínica privada como no serviço público. Essa resistência pode ser devida a hábitos antigos e influência da formação acadêmica. Entretanto, segundo Marsden Wagner (1999), quando realizada sem indicação, constitui uma verdadeira mutilação genital feminina, acarretando danos à saúde da mulher.

Considerando-se a extensa literatura já publicada sobre episiotomia e trauma perineal, a melhor sugestão para a prática clínica foi resumida por Scott no seguinte ditado: “Não faça NADA, sente-se!” Até que novos estudos sejam realizados, com mais consistência científica.

Sugerimos que instituições hospitalares, pratiquem treinamentos e atualizações, acerca das diretrizes baseadas em evidências na obstetrícia. Essas iniciativas foram realizadas em hospitais no Uruguai e Argentina,

conseguindo reduzir significativamente a frequência dessa intervenção (ALTHABE; BELIZAN; BERGEL, 2002).

No Rio de Janeiro, recentemente, devido a essas iniciativas, a taxa de episiotomia da Maternidade Maria Amélia Buarque de Holanda do SUS, em julho chegou a 5,0%, indo de 7,6% em junho, obtendo uma redução absoluta de 2,6% em apenas um mês (fonte pessoal). Esse fato evidencia a possibilidade de mudanças no cenário obstétrico, quando iniciativas em prol da redução das taxas de episiotomia, são inseridas no serviço de saúde.

Considera-se urgente a mobilização contra essa prática abusiva sendo propagada de forma rotineira, agredindo a integridade física e emocional da mulher nas instituições de saúde. Reduzir os procedimentos desnecessários é essencial no cenário de humanização da assistência ao parto e na promoção dos cuidados baseados em evidências.

Torna-se necessário romper os paradigmas que permeiam a utilização dessa prática, incorporando sua aplicação de forma criteriosa, com o intuito de favorecer uma assistência obstétrica com melhor qualidade e de forma mais humanizada.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, J. M. **Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento, como uma questão de gênero.** 2010. 204 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ALTHABE, F.; BELIZÁN, J. M.; BERGEL, E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. **BMJ.** v.324, n.7343, p. 945-946, 2002.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS-GYNECOLOGISTS – ACOG. Acog Practice Bulletin, n.71. Episiotomy. clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. **Obstet. Gynecol.**, v.107, n.4, p.957-962, 2006.

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

ARGENTINE EPISIOTOMY TRIAL COLLABORATIVE GROUP. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. **Lancet.**,v.342, n.8886-8887, p.1517-1518, 1993.

BALASKAS, J. **Parto ativo:** guia prático para o parto natural. Tradução Adailton Salvatore Meira. São Paulo: Ground, 1993. 320p.

BECKMANN, M. M.; GARRET, A. J. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n.4, p.CD005123, 2013.

BELIZAN J. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. **Lancet.** 1993;342(8886-8887):1517-8.

BORGES, B. B.; SERRANO, F.; PEREIRA, F. Episiotomia: uso generalizado versus selectivo. **Acta Méd. Portuguesa.**, v.16, p.447-454, 2003.

BORGHI, J., et al. The cost-effectiveness of routine versus restrictive episiotomy in Argentina. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.186, n.2, p.221-228, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 199 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº GM-569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **D. O. U.**, de 18 ago. 2000, Seção.1, p.112.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.1067 de 4 de julho de 2005. Instituição da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal. **D. O.U.**, de 6 jul. 2005, Seção 1, p.25-30.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database Syst. Rev.**, n.1, p.CD000081, 2009.

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

CLEARY-GOLDMAN, J.; ROBINSON, J. N. The role of episiotomy in current obstetric practice. **Semin. Perinatol.** v.27, n.1, p.3-12, 2003.

DANNECKER, C. et al. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. **Acta Obstet. Gynecol. Scand.**, v.83, n.4, p.364-368, 2004.

DAVIS-FLOYD, R. **Del medico al sanador.** Buenos Aires: Creavida, 2004. 304p.

DELASCIO, D.; GUARIENTO, A. **Obstetriáa Normal** 3. ed. São Paulo, Sarvier, 1987. **Patologia do Parto, Puerpério e PerinataL** São Paulo, Sarvier, 1987.

DE LEE, J. B. The prophylactic forceps operation. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.1, p.34-44, 1920.

DEL PRIORE, M. (Org.). Magia e medicina na colônia: o corpo feminino. In: DEL PRIORE, M. (Org.). **História das mulheres no Brasil**. 9. ed. São Paulo: Contexto, 2004. p.78-114

DINIZ, S. G.; CHACHAM, A. S. O “corte por cima” e o “corte por baixo”. O abuso de cesárias e episiotomias em São Paulo. **Rev. Questões Saúde Reprod.**, v.1, n.1, p.80-91, 2006.

DINIZ, S. G. **Humanização da assistência ao parto**: um diálogo. Disponível em: <<http://www.mulheres.org.br/parto/>>. Acesso em: 13 ago. 2013.

DINIZ, S. **Campanha pela abolição da episiotomia de rotina**. Disponível em: <<http://www.amigasdoparto.com.br/episiotomia3.html>>. Acesso em: 14 ago. 2013.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc. Saúde Col.**, v.10, n.3, 627-637, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2013.

EASON, E.; FELDEMAN, P. Much abot a little cut: Is episiotomy worthwhile? **Obstet. Gynecol.**, v.95, n.4, p.616-618, 2000.

ECKER, J. L.; TAN, W. M.; BANSAL, R. K. Is there a benefit to episiotomy at operative vaginal delivery? Observations over ten years in a stable population. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.176, n.2, p.411-414, 1997.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

FRITEL, X. et al. Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. **BJOG**. v.115, n.2, p.247-252, 2008.

GERMAIN, C.B. **O períneo feminino e o parto**. 1.ed. Rio de Janeiro: Manole, 2005.

GRUPPI, L. **O conceito de hegemonia em Gramsci**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

HARRIS RE. An evaluation of the median episiotomy. **Am J Obstet Gynecol**. 1970; 106: 660-5.

KROPP, N.; HARTWELL, T.; ALTHABE, F. Episiotomy rates from eleven developing countries. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v.91, n.2, p.157-159, 2005.

KUDISH B, BLACKWELL S, MCNEELEY SG, BUJOLD E, KRUGER M, HENDRIX SL, et al. Operative vaginal delivery and midline episiotomy: a bad combination for the perineum. **Am J Obstet Gynecol**. 2006;195(3):749-54.

LEÃO, M. R. C. et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. **Cienc. Saúde Coletiva.**, v.18, n.8, p.2395-2400, 2012.

LEE, B. Episiotomy. **Br. Med. J.**, v.284, n.6315, p.595, 1982.

LÔBO, F. S. **O uso da episiotomia e sua associação com as alterações maternas e neonatais**. 2010. 87f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2010.

MATTAR, R.; AQUINO, M. M. A.; MESQUITA, M. R. S. A prática da episiotomia no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.29, n.1, p.1-2, 2007.

MIDWIFERY ARCHIVES 2004 UK. Disponível em:
<https://www.midwifery.org.uk/midwifery-matters-archive/>

MILES, A. **Women, health and medicine**. Philadelphia: Open University Press, 1991. 234p.

MURPHY DJ, MACLEOD M, BAHL R, GOYDER K, HOWARTH L, STRACHAN B. A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study. **BJOG**. 2008; 115(13): 1695-702.

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.

MURPHY DJ, MACLEOD M, BAHL R, GOYDER K, HOWARTH L, STRACHAN B. A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study. **BJOG**. 2008; 115(13): 1695-702.

MOURA, F. M. J. S. P., et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev. Bras. Enferm.**, v.60, n.4, p.452-455, 2007.

MORKVED S, Bo K. The effect of postpartum pelvic floor muscle exercise in the prevention and treatment of urinary incontinence. **Int Urogynecol J** 1997;8:217–22.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**. v.10, n.2, p.651-657, 2005.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em uma cidade do sul do Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v.11 n.4, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 ago 2013.

NEME B. **Ostetrícia básica**. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 2000. Parto: assistência; p. 190-213.

NIELSEN CA, SIGSGAARD I, OLSEN M, TOLSTRUP M, DANNESKIOLD-SAMSOEE B, BOCK JE. Trainability of the pelvic floor. A prospective study during pregnancy and after delivery. **Acta Obstet Gynecol Scand** 1988;67: 437-40. [[PubMed](#)]

NUGENT, F. The primiparous perineum after forceps delivery. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.30, p.249, 1935.

OLIVEIRA. E e col.; Trato urinário, assoalho pélvico e ciclo gravídico-puerperal. **FEMINA** | Fevereiro 2007 | vol 35 | nº 2.

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil**: o lugar dos não médicos, 1997. 129f. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

PAIVA, M. S. Competências específicas da equipe de enfermagem na obstetrícia. In: SEMINÁRIO ESTADUAL SOBRE A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA AO PARTO: contribuições de enfermagem. 2, 1999. Curitiba. **Anais...**Curitiba (PR): ABEn-PR, 1999.

POMEROY, R. H. Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara? **Am. J. Obstet. Dis. Women Child.** v.78, p.211-214, 1918.

PROGIANTE, J.M, ARAÚJO, L.M, MOUTA, R.J.O. Repercussões da Episiotomia sobre a sexualidade. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.12, n.1, p.45-9, Mar 2008.

REILLY ETC, Freeman RM, Waterfield MR, Waterfield AE, Steggles P, Pedlar F. Prevention of postpartum stress incontinence in primigravida e with increased bladder neck mobility: a randomised controlled trial of antenatal pelvic floor exercises. **Br J Obstet Gynaecol** 2002;109: 68-76. [[PubMed](#)]

REZENDE, J. O parto: estudo clínico e assistência: a dilatação e a expulsão. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap. 15, p.337-354.

RODRIGUEZ, A. Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third- or fourth-degree lacerations in nulliparous women. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.198, n.3, p.285.e1-4, 2008.

SÃO BENTO, P. A. S. **A enfermagem e à assistência à mulher no parto normal: a voz de mulheres submetidas à episiotomia.** 2005. 174f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2005.

SANTOS, J. O. **Episiotomia: um sofrimento necessário?** 2004. 233f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2004.

SCHOON, P. G. Episiotomy: yeornay. **Obstet. Gynecol. Surv.**, v.56, n.11, p.667-669, 2001.

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.

TANAKA, A. C. **Maternidade: dilema entre nascimento e morte.** São Paulo: Hucitec, 1995. 107p.

THACKER, S. B.; BANTA, H. D. Benefits and risks of episiotomy: an interpretive review of the English language literature, 1860-1980. **Obstet. Gynecol. Surv.**, v.38, n.6, p.322-338, 1983.

THACKER S. B. Midline versus mediolateral episiotomy. **BMJ.** v.320, n.7250, p.1615-1616, 2000.

TOMASSO, G. Debemos seguir haciendola episiotomía en forma rutinaria? **Rev. Obstet. Gynecol. Venezuela.** v.62, n.2, p.115-121, 2002.

WAGNER M. Episiotomy: a form of genital mutilation. **Lancet.** 1999;353:1977-8.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Maternal and Newborn Health. Safe Motherhood Unit. **Care in normal birth**: a practical guide. Geneve: WHO; 1996. Disponível em: <<http://www.who.int/iris/handle/10665/63167>>. Acesso em: 13 ago. 2013.

ZANETTI, M. R. D., et al. Episiotomia: revendo conceitos. **Femina.** v.37, n.7, p. 365-371, 2009.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica.** 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.