



Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2024/2

Jaqueline Neves Lubianca
Edison Capp
organizadores

Alunos

Aline Santiago Luiz
Ana Paula Nascimento
Anthony de Freitas de Sousa
Ashiley Lacerda Ribeiro
Bárbara Polli
Brhayan Decosta da Silva
Bruno Eduardo Lara da Silva
Camila Barcellos
Carolina Bonatto do Amarante
Carolina Zanfir Ferreira
Caroline dos Passos
Christofer Adiel Bernstein
Daniela Vargas de Souza
Danielle Mattos Pereira
Débora Milene Ferreira Alves
Diéssy dos Santos Borniger
Eduardo Rockenbach Cidade
Eduardo Stürmer da Silva
Eric do Nascimento Sutil
Felipe Brittes Rott
Felipe Jung Spielmann
Felipe Schütz
Fernanda Engel Gandolfi
Gabriel Schuch Schulz
Guilherme Fernandes Gonçalves
Guilherme Gonzaga Vaz
Gustavo Guimarães
Gustavo Hauenstein
Haniel Bispo de Souza Maranhão
Hellen Dittrich de Assis
Hilter Martin Silva Peña
Igor Ongaratto Scherer

Isabel Meneghetti Coimbra
Isabela Abreu Brinckmann
Isabela Lazzarotto
Ismael Roque Pereira
Jeovana Ceresa
Jéssica Limana
Joanna Thayná C. Lopes Gonçalves
Josué Faustini Centenaro
Juliana Barros Rodrigues
Julio Cesar F. Bertoloto
Kandara Caroline Borges Souto
Laércio Araújo
Laís Santos Dias Gomes
Larissa Horos Bueno
Laura Chuang
Laura Ferrarese Brum
Laura Fontana Steinmetz
Lia Grub Becker
Lucas França Viana
Lucas Uglione da Ros
Marcelo Garroni
Marcelo Henrique Machado
Maria Isabel Schreiber
Mayra Angélica de Souza Antunes
Milena Nunes Pinto
Nicole Mastella
Paola Andressa Ribas
Patrícia Gabriela Riedel
Pedro Henrique Vargas Jesus
Pedro Roberto Bandeira Garcia
Rafael Lopes da Rosa
Renata Fogaça Borges
Ricardo Horn Oliveira

Rodrigo Martins Teixeira
Rosa Maria Moreno Barbosa
Stefon Kareem de Coteau
Thiago Bastos Vasconcelos
Victor Matheus O. Marques
Vinícius Lovison
Vitória Fedrizzi Sakai
Monitores PPSM 2021/2
Ariadne Garcia Leite
Arthur Becker Simões
Giovanna Sandi Maroso
Juliana da Silva Uhlmann
Júlia Stüker
Laura Motta Bellan
Leticia Zanotelli Fernandes
Professores
Adriani Oliveira Galão
Ana Selma Bertelli Picoloto
Alberto Mantovani Abeche
Daniela Vanessa Vettori
Eduardo Pandolfi Passos
Helena von Eye Corleta
Janete Vettorazzi
Jaqueline Neves Lubianca
João Sabino da Cunha Filho
José A. de Azevedo Magalhães
José Geraldo Lopes Ramos
Márcia Appel Binda
Maria Celeste Osório Wender
Maria Lúcia Oppermann
Ricardo Francalacci Savaris
Sérgio H. de Almeida Martins Costa
Solange Garcia Accetta

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2024/2

Porto Alegre 2022
UFRGS

Episiotomia: uma revisão narrativa

*Anthony de Freitas de Sousa
Hellen Dittrich de Assis
Jeovana Ceresá
Juliana Barros Rodrigues
Lucas França Viana
Arthur Becker Simões
Laura Motta Bellan
Adriani Oliveira Galão*

As melhorias das técnicas cirúrgicas podem estar relacionadas ao aumento expressivo da taxa de parto cesariano no Brasil (1). Sendo assim, o Brasil é conhecido mundialmente por ser um dos países com maiores porcentagens de parto cesáreo em relação ao parto vaginal, chegando a quase 70% em algumas localidades em 2018 (2). Todavia, as taxas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) são de aproximadamente 15% para partos cesáreos, o que é equivalente às complicações maternas e fetais impeditivas de partos vaginais (3).

Nesse sentido, ainda há muita discussão em relação aos motivos desse aumento das taxas no Brasil, porém existem alguns fatores de complicação ligados ao parto vaginal que podem explicar em parte essa situação. O medo das gestantes relacionado à técnica de episiotomia pode ser um desses princípios que será melhor esclarecido ao longo da narrativa.

Apesar de não ser recomendada de rotina pela OMS, a episiotomia é uma técnica cirúrgica de incisão perineal pré-expulsão do feto muitas vezes necessária para evitar injúrias lacerativas de períneo, principalmente relacionadas ao esfíncter anal (4). Segundo a OMS, há indicação de realização do procedimento em 10% dos partos normais (5). Apesar disso, há uma inversão em relação às taxas de episiotomia no Brasil, que chegam a valores de 56% em dados de 2010-2011 (6).

Portanto, o paradoxo da incisão para evitar a laceração de tecidos e a realização da técnica de episiotomia nos centros obstétricos no Brasil, são fatores que podem ser aprofundados em relação a conscientização das gestantes e, principalmente, dos profissionais da saúde que devem orientar os procedimentos baseados em evidências científicas.

Revisão da Literatura

Metodologia

A presente revisão utilizou seguintes termos como critérios na pesquisa bibliográfica: episiotomy, vaginal birth, episiotomia, parto vaginal. Foram considerados os artigos escritos na língua inglesa e portuguesa em revistas indexadas no PubMed, LILACS e SCIELO. Após isso, foram selecionados artigos mais pertinentes ao foco do estudo. Além disso, foram utilizadas referências de leis federais referentes ao parto, livros consagrados sobre o assunto, guias da Organização Mundial da Saúde e documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Defensoria Pública de São Paulo.

Definição

Episiotomia é uma técnica cirúrgica, constituída em uma incisão na área muscular do períneo, realizada com o objetivo de aumentar o diâmetro do canal do parto no final do período expulsivo do parto vaginal, facilitando a passagem do feto. Posteriormente, o corte é reparado por suturas absorvíveis. É primariamente utilizada para prevenção de rupturas perineais graves, desse modo evitando a laceração de camadas mais profundas da musculatura do assoalho pélvico.

A incisão do períneo foi introduzida na prática obstétrica em 1972 pelo Fielding Ould na Finlândia, mas foi no início do século XX com Pomeroy (1918) e Joseph DeLee (1920) que a prática foi amplamente difundida como rotina na realização de partos. Pomeroy publicou um artigo intitulado: "Deveríamos cortar e reparar o períneo de todas as primíparas?" Em que defendia a realização da técnica de maneira profilática para evitar lacerações do assoalho pélvico e proteger a mulher do esforço do

parto. DeLee defendeu na Sociedade Americana de Medicina, o conceito de parto como processo patológico, sendo necessário a utilização do fórceps profilático e conseqüentemente a realização da episiotomia médio lateral precoce (7).

Sendo uma prática muito difundida desde então, estudos demonstram uma taxa de realização de 90% na América Latina nos anos 90, sendo no Brasil uma taxa de 94,2% em primíparas (8). Nos anos 80 a prática começou a ser questionada por vários pesquisadores, uma vez que não havia evidências suficientes dos benefícios da sua realização, abrindo caminho para discussão dos seus riscos e benefícios. Sendo assim, a OMS declarou que a episiotomia não é recomendada rotineiramente para mulheres submetidas a parto vaginal espontâneo. As recomendações apresentadas nesta diretriz são específicas de país ou região e reconhecem as variações que existem globalmente quanto ao nível de serviços de saúde disponíveis dentro e entre os países (9).

Técnicas

A episiotomia deve ser considerada uma cirurgia sobre o assoalho pélvico com o objetivo de facilitar e/ou encurtar o período expulsivo. Também pode ser utilizada para tentar evitar uma ruptura obstétrica do esfínter anal.

A episiotomia pode ser lateral, médio lateral ou mediana (perineotomia). A técnica lateral foi praticamente abandonada por relacionar-se a maiores frequências de feixes musculares lesados e de sangramento. Assim, tem-se por opção a realização da episiotomia mediolateral e da perineotomia (10).

O procedimento da episiotomia médio lateral é atualmente o mais indicado, sendo feita uma incisão de 60 graus, abrangendo a pele, a mucosa vaginal, a aponeurose superficial do períneo e as fibras dos músculos bulboesponjoso e transverso superficial do períneo. Na realização da técnica é necessário que o ângulo resultante após o parto seja maior que 45 graus em relação à linha média, com o objetivo de causar menos lesões perineais de terceiro ou quarto grau (11).

Na perineotomia, são incisadas a mucosa vaginal, a pele e as fâscias superficial e profunda do períneo, é um técnica mais fácil, a incisão é realizada na linha média do períneo até o limite do ânus, no entanto, só deve ser indicada quando se observa que o tamanho do feto e a distância entre a fúrcula vaginal e o ânus são suficientes para que não ocorram lacerações perineais de terceiro e de quarto graus (10).

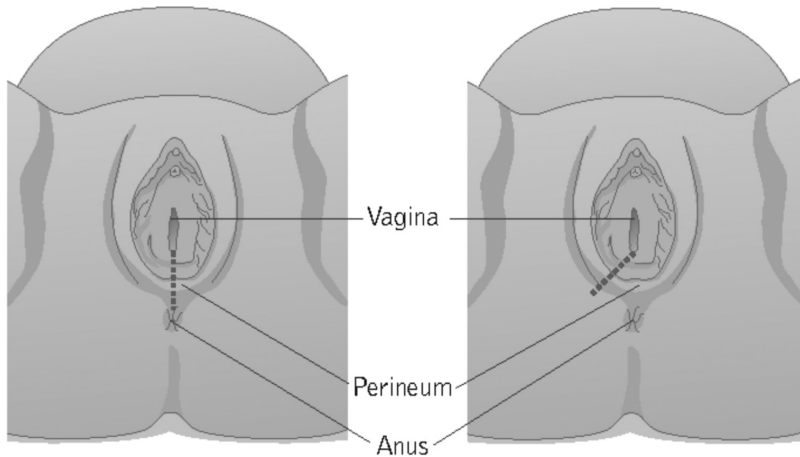


Figura 1: Tipos de episiotomia. A: perineotomia; B: episiotomia mediolateral. Adaptado de Gould D. Perineal tears and episiotomy. Nurs Stand, 2007 (12).

Um anestésico neuroaxial (peridural ou raquianestesia) bloqueando o pudendo ou anestésico local, pode fornecer anestesia adequada para a realização do procedimento (13).

O tipo de técnica utilizada na reparação da lesão perineal possui grande impacto na prevenção da morbidade pós parto, uma vez que estudos demonstram associação entre o tipo de sutura e diferentes queixas e patologias em mulheres. Existem vários tipos de suturas, sendo que as mais utilizadas seriam as suturas interrompidas e contínuas. São realizadas preferencialmente suturas contínuas, uma vez que suturas interrompidas estão relacionadas a uma maior necessidade de analgesia, dor e consumo de insumos (14).

Indicações

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a taxa de episiotomia fique em torno de 10%, o que já é uma realidade em muitos países europeus. Mormente, o uso de episiotomia deve ser restrito e os médicos são encorajados a usar seu julgamento clínico para decidir quando o procedimento é necessário (15). Ademais, o uso rotineiro de episiotomia não é mais recomendado devido à insuficiência de dados objetivos baseados em evidências que demonstram o benefício ou definem o critério para seu uso.

Em estudos mais recentes, os dados sobre o efeito protetor da episiotomia sobre lesão anal são conflitantes, fato que talvez possa ser explicado pela diferença de técnicas na sua realização. Episiotomias medianas aumentam o risco de lesão perineal de 3o e 4o graus. Na técnica mediolateral, as menores taxas de lesão esfínteriana são encontradas em casos com ângulo de incisão de 60o que correspondem a ângulos pós-parto de mais de 45o. Em estudo de coorte com 214.256 pacientes, ou autores encontraram efeito protetor da episiotomia apenas em partos instrumentados com vácuo-extrator (número necessário para tratar [NNT] 23; IC 95%, 19,8-27,5) (16).

Dessa forma, o uso seletivo de episiotomia tem sido mais recomendado, haja vista diminuir o risco de lacerações obstétricas graves, ou seja, de terceiro e quarto Grau (15,17).

Portanto, cabe citar a classificação de graus de lacerações perineais.

Tabela 1. Classificação de graus de laceração. Adaptado de ACOG (18).

Primeiro Grau	Lesão apenas na pele perineal.
Segundo Grau	Lesão do períneo envolvendo os músculos perineais, mas não envolve o esfíncter anal.
Terceiro Grau	Lesão do períneo envolvendo o esfíncter anal: <ul style="list-style-type: none"> • 3a: Menos de 50% da espessura do esfíncter anal externo comprometido; • 3b: Mais de 50% da espessura do esfíncter anal externo comprometido; • 3c: Rompimento do esfíncter anal externo e do esfíncter anal interno.
Quarto Grau	Lesão do períneo envolvendo complexo do esfíncter anal e epitélio anal.

Além disso, a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) apresenta em suas recomendações por intermédio de um estudo coorte, que foi também referenciado pela Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), quais seriam os fatores de risco de lacerações perineais graves (17,19).

Tabela 2 – Fatores de Risco de Lacerações Perineais Graves de 3º e 4º. Adaptado de BAGHESTAN *et al.*, 2012 *apud* FEBRASGO, 2019 (16).

Fatores de Risco de Lacerações Perineais Graves 3º e 4º	OR	IC 95%
Etnia Asiática	2,27	2,14 - 2,41
Nuliparidade	6,97	5,40 - 8,99
Peso do recém-nascido acima de 4 kg	2,27	2,18 - 2,36
Distocia de ombro	1,9	1,72 - 2,08
Variedade de Posição Occipito posterior	2,44	2,07 - 2,89
Período expulsivo prologando entre 2 e 3 h	1,47	1,20 - 1,79
Período expulsivo prologando entre 3 e 4 h	1,79	1,43 - 2,22
Período expulsivo prologando > 4 h	2,02	1,62 - 2,51
Parto com Vácuo extrator sem episiotomia	1,89	1,74 - 2,51
Parto com Vácuo extrator com episiotomia	0,57	0,51 - 0,63
Parto com Fórcepe sem episiotomia	6,53	5,57 - 7,64
Parto com Fórcepe com episiotomia	1,34	1,21 - 1,49

Conforme apresentado na Tabela 2, o fator de risco de lacerações Perineais Graves, se tornam uma indicação para a episiotomia. Dessa maneira, o parto vaginal operatório – com uso de fórcepe ou extrator a vácuo –, por exemplo, pode obter benefício da realização da episiotomia.

Em uma revisão sistêmica de Lund *et al.* que comparou episiotomia mediolateral ou lateral sem episiotomia em mulheres primíparas submetidas a parto assistido a vácuo, episiotomia mediolateral ou lateral foi associada a uma redução de aproximadamente cinquenta por cento no risco de laceração do esfíncter anal em comparação com nenhuma episiotomia (20). Além disso, em alguns casos de distocia do ombro a realização de uma episiotomia pode aumentar o espaço para os dedos do operador e, assim, facilitar a colocação do ombro posterior e outros procedimentos internos, mas não parece prevenir a distocia de ombro ou liberar o ombro anterior impactado.

Portanto, a decisão de realizar a episiotomia depende muito da avaliação do médico responsável pelo parto e se baseia no cenário clínico no momento do nascimento e baseada em conhecimento científico adquirido e pode ser resumido no Quadro abaixo (21). É uma opção razoável quando o médico acredita que aumentar o canal de passagem do feto facilitaria o parto e que iria beneficiar a mãe e ou bebê.

Quadro 1: Indicações de episiotomia. Adaptado de Martins-Costa, S. Rotinas em Obstetrícia (7ªed.)

Corpo perineal < 3 cm
Condição fetal não tranquilizadora
Macrossomia fetal
Distocia de ombro
Variedades posteriores da apresentação (relativa)
Parto instrumentado (relativa)
Doenças maternas que impeçam puxos vigorosos*

*Miocardiopatia, pneumopatia.

Os danos perineais são classificados em 1º grau, quando atinge somente pele e mucosa, 2º grau, quando afeta 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 consideradas leves, enquanto as de 3º e 4º graus são classificadas como severas e podem levar à incontinência urinária e fecal (Tabela 1).

A principal indicação para realização da episiotomia de forma rotineira é que ela protege o períneo no período expulsivo, pois o corte impediria a ruptura das fibras musculares que compõem o assoalho pélvico (5,22,23).

Entretanto, este procedimento por si só já pode ser considerado uma lesão de segundo grau, podendo ser um agravante para as lacerações severas quando realizadas na linha média, representando mais um fator de risco do que de proteção (24,25).

Observou-se que a realização da episiotomia rotineira não protege o assoalho pélvico, sendo causa de maior dor, sangramento e complicações intra e pós-operatórias (26), podendo ter como complicações a incontinência fecal, estreitamento excessivo do intróito vaginal, hematoma, edema, infecção e deiscência de sutura (24).

Em partos operatórios (fórceps e vácuo extrator) anteriormente a episiotomia era mandatória, porém de acordo com revisões da OMS (27) e outros estudos recentes (28), o uso da técnica tem sido questionado, já que a combinação de parto instrumental, particularmente o fórceps e episiotomia, resulta em aumento das lacerações graves de períneo, com possibilidade de comprometimento da função anal. Outro estudo recomenda que essa combinação de técnicas no parto seja evitada pelos riscos (29). As lacerações podem ocorrer mesmo quando a episiotomia é realizada (30).

É necessário que a equipe, durante o parto, avalie as chances de ocorrer laceração. Quando houver risco de laceração graus 1 ou 2, a episiotomia pode ser desnecessária, pois além de não prevenir posteriores transtornos ao assoalho pélvico (e em alguns casos, aumentá-los) pode provocar maior perda sanguínea. Além das consequências no pós-parto como dor, dispareunia e sensação de que o corte não foi suturado, a mulher pode também ter acometimento do assoalho pélvico, provocando perda parcial ou total do controle dos esfíncteres urinário e anal (31).

Plano de parto: definição e objetivo

O parto, na história humana, foi considerado como evento da esfera privada. No entanto, entre o fim do século XIX e início do século XX, gradativamente, o processo foi passando para a área de estudo da medicina e assim, portanto, da ciência (32). Na atualidade, ocorrem no Brasil, por ano, aproximadamente

3 milhões de nascimentos, sendo 98% destes em ambiente hospitalar, o que constata a consolidação do parto em ambiente hospitalar em nossa cultura e meio social (33).

O avanço das técnicas obstétricas contribuiu muito para a redução de morbimortalidade tanto materna, quanto perinatal também no Brasil. Porém, algumas intervenções presentes de maneira corriqueira no momento do parto, como a episiotomia, uso de ocitocina, aspiração nasofaringeana, entre outras acabaram por serem postas à análise, sob alegação de não considerarem, de maneira adequada, aspectos emocionais, humanos e culturais envolvidos no processo além do parir e do nascer (33).

Buscando a humanização do parto, políticas públicas no Brasil passaram a procurar estabelecer diretrizes para o bem estar da gestante durante este processo e, concomitantemente, permitir o exercício médico obstétrico baseado em evidências, de maneira a garantir que a vontade da gestante seja respeitada pela equipe profissional que a atender durante o evento e, igualmente, intervenções possam - e devam - ser realizadas, sempre que necessárias, visando o bem estar de mãe e filho (33).

Na assistência ao parto, o termo humanizar é utilizado há muitas décadas, com sentidos os mais diversos. Fernando Magalhães, o Pai da Obstetrícia Brasileira, o empregou no início do século 20 e o professor Jorge de Rezende, na segunda metade do século. Ambos defendem que a narcose e o uso de fórceps vieram humanizar a assistência aos partos (34).

A humanização da assistência, nas suas muitas versões, expressa uma mudança na compreensão do parto como experiência humana e, para quem o assiste, uma mudança no "que fazer" diante do sofrimento do outro humano (da mulher) (35).

No Brasil, após leis federais serem aprovadas, como as de no 8.080/1990 (36) ("dispõe sobre condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências"), no 11.108/2005 (37) ("garante às parturientes direito a acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto, no Sistema Único de Saúde, da rede própria ou conveniada") e no 11.634/2007

(38) (“garante à gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual é a Maternidade de referência para seu parto e de visitar o serviço antes do parto”), instituiu-se, em 2011, a chamada “Rede Cegonha”, visando compilar os direitos à gestante e ao bebê de acordo com o disposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1994, garantindo o direito ao planejamento, com autonomia do paciente - um dos pilares da bioética médica - desde a gestação até o parto e o puerpério, sempre pautando as práticas médicas no que há de mais atual em termos de evidências científicas para o emprego de quaisquer procedimentos (39,40).

A OMS, desde 1996, preconiza que as redes de assistência obstétrica criem políticas que contemplem o plano de parto, onde a mulher poderá ter maior controle e esclarecimento acerca dos acontecimentos durante o processo de parir, visando assim, um resgate do parto enquanto processo fisiológico (39,40).

O plano de parto é um documento oficial, com valor legal, redigido pela mulher grávida após ser devidamente esclarecida acerca de todos aspectos referentes ao pré-parto, parto e puerpério, preferencialmente junto com sua equipe assistente. Alguns sistemas de saúde, inclusive, dispõem de modelos de planos de parto à disposição das gestantes, com fins guiar a mesma em suas escolhas, bem como, sanar eventuais dúvidas mais básicas, buscando evitar ao máximo, desta maneira, que a gestante saia da consulta obstétrica ao longo do período pré-natal com dúvidas (41).

A mulher, neste contexto, poderá ter à sua disposição um acompanhante de sua confiança ao longo de todo este período, poderá optar por receber analgesia não farmacológica durante o processo, terá garantida liberdade de movimentação durante o parto, terá sua privacidade respeitada - restando o acompanhamento de profissional capacitado -, optará por qual posição deseja parir, bem como, terá assegurado direito a ser a primeira pessoa a segurar e conhecer o bebê. Assim, o plano de parto busca a valorização dos valores e cultura da gestante (42).

De acordo com estes preceitos, “O plano de parto é o eixo da relação clínica estabelecida entre as mulheres grávidas e o

profissional”(43). Parte das informações que poderão constar em um plano de parto são apresentadas na tabela 3.

Tabela 3 - Exemplo de um plano de parto. Plano de parto, Defensoria Pública SP (41).

Identificação da gestante (nome, idade, número de gestações prévias, número de partos prévios)	Se já escolheu nome do bebê
Data provável do parto	Local de preferência para o parto
Nome e contato da pessoa de confiança que a gestante pretende contar como companhia	Contato do médico/equipe que a acompanha
Se há desejo de ingerir líquidos e comer livremente	Se deseja se locomover durante o parto
Se deseja fazer uso de fármacos analgésicos e anestésicos, bem como, se há o desejo de utilizar métodos não-farmacológicos para analgesia (por exemplo banho, massagens, exercícios, etc.)	Ser informada dos procedimentos realizados em meu corpo. Se deseja receber banho de imersão
Usar bola de parto	Receber compressas quente/fria
Escutar música durante o processo	Se deseja fazer uso de ocitocina
Se autoriza o médico obstetra a romper a bolsa, bem como, realizar episiotomia	Se deseja que haja raspagem de pêlos pubianos ou lavagem intestinal

Episiotomia no plano de parto

Como já discutido, na atualidade, as mulheres estão mais envolvidas em seu processo de parto; desse modo, o plano de parto é uma ferramenta que pode contribuir para este fato, pois se trata um documento escrito que a mulher apresenta antes do parto aos profissionais que irão atendê-la e refletem suas preferências, expectativas e temores sobre o seu próprio processo de parto. O plano de parto facilita, assim, a comunicação com os profissionais, melhora a satisfação das mulheres, e promove sua participação e a tomada de decisões em seu próprio processo de parto (44). O plano de parto, elaborado pela gestante com auxílio do obstetra durante a gravidez, contempla a menção da gestante com relação a intervenções como a episiotomia.

O primeiro modelo de plano de parto foi elaborado por Sheila Kitzinger, em 1980, nos Estados Unidos (43) e em 1985, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi instada a se manifestar e a revisar a gravidez no modelo de assistência biomédica ao parto, citado como caracterizado pelo aumento do intervencionismo e

medicalização nos países desenvolvidos – assim, OMS apresentou recomendações destacando a importância de respeitar o curso normal desses processos, limitando as intervenções, tais como a episiotomia; além disso, a episiotomia em uso sistemático foi descrita como não justificada (45).

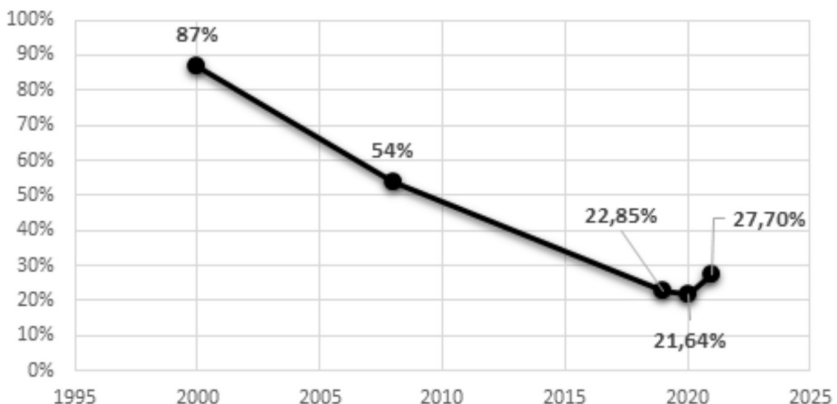
Para Hidalgo-Lopezosa *et al.* (44), o uso do plano de parto é atualmente recomendado por instituições como a OMS, já que incentiva um processo mais natural de parto e evita que procedimentos de intervenção possam se tornar rotineiros – exemplos de procedimentos são a episiotomia e a amniotomia precoce. Assim, a episiotomia está presente no plano de parto de instituições hospitalares – na maioria das instituições hospitalares brasileiras existe um plano de parto criado pela própria instituição e que também pode ser redigido integralmente pela gestante. Um dos itens a serem respondidos pela gestante nos planos de parto é sobre a permissão para a realização da episiotomia – assim, como é amplamente divulgado em campanhas para gestantes, tais como a campanha “Quem Espera, Espera”, da UNICEF Brasil, realizada em 2017, ainda que o corte do períneo seja realizado somente em caráter excepcional e com indicação médica precisa, necessita da autorização da gestante para ser empreendido – a episiotomia desnecessária ou de rotina pode não proteger o períneo e, assim, aumentará chance de complicações e ainda poderá tornar o pós-parto mais doloroso.

A satisfação da gestante após o parto é, indubitavelmente, proporcional ao grau de cumprimento das expectativas atendidas e cumpridas pela equipe em relação ao parto (42,46– 48), e uma destas expectativas é o cumprimento do acordo relacionado com a realização do corte de períneo; curiosamente, altos números de solicitações em planos de parto foi inversamente associado à satisfação com a experiência do parto pela gestante (48). Para Hidalgo-Lopezosa *et al.* (45), um dos requisitos mais frequentemente solicitados em planos de parto por gestantes é evitar a episiotomia, bem como evitar uso de ocitocina e cesariana, já as medidas mais frequentemente citadas como permitidas são aquelas relacionadas com a ingestão de líquidos, liberdade de movimentos e monitoramento intermitente, posição expulsiva confortável, contato imediato com o recém-nascido e

amamentação precoce. Entretanto, ainda que a episiotomia seja frequentemente citada em planos de parto, não são encontradas diferenças significativas em taxas de episiotomia em primíparas com plano de parto e grávidas que não redigiram o documento (45,49), do mesmo modo, não existem diferenças significativas em rupturas de 3º e 4º grau e partos instrumentalizados; em oposição às taxas de cesariana, que eram notadamente inferiores em primíparas com planos de parto (45). Alguns estudos indicam que planos de parto não estão relacionados com maior incidência de parto vaginal ou necessidade de episiotomia (50,51).

No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), a partir de 2000, quando foi adotada a recomendação para uso restrito da episiotomia, sua frequência passou de 87% para 54% dos partos em 2008 (52). Entre os indicadores assistenciais do HCPA, avalia-se a taxa de episiotomia (Gráfico 1). Estes dados são de domínio público e avaliados e discutidos mensalmente junto ao Serviço de Ginecologia e Obstetrícia. Nos últimos três anos têm taxas de 22,9%, 21,6% e 27,7% respectivamente (2019, 2020 e 2021 - dados até julho).

Gráfico 1: Taxas de Episiotomia no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. No ano de 2021 os dados são até julho de 2021. Fonte: HCPA, 2021.



Em suma, planos de parto foram desenvolvidos para melhorar a tomada de decisão com base na informação prestada pelas mães e para melhorar a comunicação e a cooperação entre os profissionais de saúde e as gestantes (52). No entanto, o formato dos planos de parto e a abordagem para o uso do plano de parto, com todas suas particularidades, incluindo a menção à episiotomia, ainda são um assunto de debate na atualidade (52,53), mesmo sendo uma ferramenta que pode melhorar a comunicação entre profissionais da saúde e gestantes e diminuir a realização de procedimentos intervencionistas não desejados pela gestante. A preparação do plano de parto é também uma atividade educativa, pois aumenta o conhecimento das mães sobre o parto (47,54) e possíveis intervenções necessárias ao decorrer do processo, tais como a episiotomia. Profissionais da saúde, devem, assim, adotar estratégias educativas durante o pré-natal e parto para facilitar as conversas sobre o plano de parto com as mães e ajudá-las a tomar decisões relacionadas ao nascimento de seu filho e intervenções possíveis de serem realizadas excepcionalmente e com indicação, tais como a episiotomia (55,56).

Conclusão

A episiotomia foi inicialmente proposta por um médico irlandês, Sir Fielding Ould, em 1742, visando facilitar partos normais difíceis e tornou-se popular nos Estados Unidos a partir dos anos 1920, já que a incisão teria como objetivo proteger o períneo contra lesões por laceração desordenadas, além de abreviar o tempo de desprendimento de modo a evitar o sofrimento fetal. Este procedimento foi muito comum ao longo do século passado, porém, por ter sido introduzido na prática médica sem evidências científicas robustas acerca de sua efetividade, em âmbito mundial, tal procedimento foi progressivamente tornando-se restrito e não-rotineiro.

Esta revisão narrativa discutiu o papel da episiotomia no parto, bem como discorreu acerca de possíveis complicações da intervenção, indicações e seu papel no plano de parto – o conhecimento baseado em evidências e que reconhece o valor deste procedimento por médicos e por outros profissionais da

saúde é de fundamental importância para melhorar a qualidade do atendimento em saúde da gestante: urge que médicos em formação, assim como profissionais da saúde estejam abertos a discussões fundamentadas sobre técnicas intervencionistas utilizadas na medicina na atualidade de modo a visar uma assistência mais efetiva e não menos humanizada.

Infelizmente, ainda que a episiotomia não seja uma técnica de intervenção obsoleta, por dificuldades de interação interprofissional e dificuldades na comunicação com a gestante, a obtenção do melhor padrão de atendimento para mulheres e seus bebês em gestação por vezes é inalcançável; desse modo, como foi longamente discorrido ao longo desta revisão narrativa, antes da realização da episiotomia e se possível durante o preenchimento do plano de parto, é imprescindível obter o consentimento da paciente e orientar a gestante acerca das indicações e desmentir mitos que perpetuam a ideia de que a episiotomia é sempre desnecessário para a assistência ao parto; é necessária, assim, uma comunicação fundamentada acerca dos riscos, benefícios e alternativas para o procedimento, abordando também as preocupações e incertezas da gestante. É consenso, que o procedimento não deve ser realizado, se possível, sem o consentimento da parturiente, e sem esclarecimentos dos porquês que justificam seu emprego no período de preenchimento do plano de parto, sendo fundamental assegurar a compreensão da gestante sobre a necessidade do procedimento, solicitando o seu consentimento, antes da realização da episiotomia e antes do início do período expulsivo.

Indubitavelmente, a episiotomia, quando empregada de modo seletivo e bem justificado, aliado com técnica correta, pode proteger contra lacerações perineais graves e a realização de episiotomia rotineira e indiscriminada pode não ser benéfica – entretanto, urge informar médicos e profissionais da saúde que, por outro lado, a falha na indicação do procedimento por motivos não fundamentados em situação clínica em que é evidente a sua necessidade, é igualmente prejudicial à gestante e ao processo de parto.

Referências

1. Victora CG, Aquino EML, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges [Internet]. Vol. 377, *The Lancet*. 2011. p. 1863–76.
2. Guimarães NM, de Souza Freitas VC, de Senzi CG, Gil GT, dos S. Cintra Lima LD, Frias DFR. PARTOS NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) BRASILEIRO: PREVALÊNCIA E PERFIL DAS PARTURIENTES / CHILDBIRTHS UNDER THE UNIFIED HEALTH SYSTEM (SUS) OF BRAZIL: PREVALENCE AND PROFILE OF PARTURIENTS [Internet]. Vol. 7, *Brazilian Journal of Development*. 2021. p. 11942–58.
3. World Health Organization Human Reproduction Programme, 10 April 2015. WHO Statement on caesarean section rates. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2015 May;23(45):149–50.
4. Sultan AH, Thakar R, Ismail KM, Kalis V, Laine K, Räisänen SH, et al. The role of mediolateral episiotomy during operative vaginal delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2019 Sep;240:192–6.
5. Organization TWGWH, Technical Working Group, World Health Organization. Postpartum Care of the Mother and Newborn: A Practical Guide [Internet]. Vol. 26, *Birth*. 1999. p. 255–8.
6. Leal M do C, Pereira APE, Domingues RMSM, Filha MMT, Dias MAB, Nakamura- Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*. 2014 Aug [cited 2021 Sep 14];30:S17–32.
7. Bento PA de SS, de Souza São Bento PA, da Silva Santos R. Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão [Internet]. Vol. 10, *Escola Anna Nery*. 2006. p. 552–9.
8. Lôbo SF. O uso da episiotomia e sua associação com as alterações maternas e neonatais. 2010 Mar 24 [cited 2021 Sep 14].
9. World Health Organization. WHO Recommendations on Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience [Internet]. World Health Organization; 2018. 208 p. Available from: https://books.google.com/books/about/WHO_Recommendations_on_Intrapartum_Care.html?hl=&id=hHOyDwAAQBAJ
10. Zugaib M. Zugaib: obstetrícia [Internet]. 2012. 1322 p. Available from: <https://books.google.com/books/about/Zugaib.html?hl=&id=l-lzygAACAAJ>
11. Eogan M, Daly L, O’Connell PR, O’Herlihy C. Does the angle of episiotomy affect the incidence of anal sphincter injury? *BJOG* [Internet]. 2006 Feb;113(2):190–4.

12. Gould D. Perineal tears and episiotomy. *Nurs Stand* [Internet]. 2007;21(52):41–6.
13. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors* [Internet]. 2000.
14. Martínez-Galiano JM, Arredondo-López B, Molina-García L, Cámara-Jurado AM, Cocera-Ruiz E, Rodríguez-Delgado M. Continuous versus discontinuous suture in perineal injuries produced during delivery in primiparous women: a randomized controlled trial [Internet]. Vol. 19, *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2019.
15. Melo I, Katz L, Coutinho I, Amorim MM. Selective episiotomy vs. implementation of a non episiotomy protocol: a randomized clinical trial. *Reprod Health* [Internet]. 2014 Aug 14;11:66.
16. Jangö H, Langhoff-Roos J, Rosthøj S, Sakse A. Modifiable risk factors of obstetric anal sphincter injury in primiparous women: a population-based cohort study. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2014 Jan 1;210(1):59.e1–59.
17. Pandit B. The Management of Third- and Fourth-Degree Perineal Tears [Internet]. *Manual on Vaginal Surgery*. 2013. p. 119–119.
18. Practice Bulletin No. 165 Summary: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery: Correction. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2016 Aug;128(2):411.
19. Febrasgo. Recomendações Febrasgo parte II - Episiotomia [Internet]. [cited 2021 Sep 14]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/715-recomendacoes-febrasgo-parte-ii-episiotomia>
20. Lund NS, Persson LKG, Jangö H, Gommesen D, Westergaard HB. Episiotomy in vacuum-assisted delivery affects the risk of obstetric anal sphincter injury: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2016 Dec;207:193–9.
21. Freitas F, Martins-Costa SH, Ramos JGL, Magalhaes JA. Rotinas em Obstetrícia [Internet]. 7a edição, 2017, ARTMED; 904 p.
22. Thacker SB, David Banta H. Benefits and Risks of Episiotomy. Vol. 38, *Obstetrical & Gynecological Survey*. 1983. p. 322–38.
23. American College of Obstetricians-Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Episiotomy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 71, April 2006. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2006 Apr;107(4):957–62.

24. Santos J de O, de Oliveira Santos J, Bolanho IC, da Mota JQC, Coleoni L, de Oliveira MA. Freqüência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar [Internet]. Vol. 12, Escola Anna Nery. 2008. p. 658–63.
25. Landy HJ, Katherine Laughon S, Bailit JL, Kominiarek MA, Gonzalez-Quintero VH, Ramirez M, et al. Characteristics Associated With Severe Perineal and Cervical Lacerations During Vaginal Delivery [Internet]. Vol. 117, Obstetrics & Gynecology. 2011. p. 627–35.
26. Carvalho CCM de, de Carvalho CCM, Souza ASR, Filho OBM. Prevalência e fatores associados à prática da episiotomia em maternidade escola do Recife, Pernambuco, Brasil [Internet]. Vol. 56, Revista da Associação Médica Brasileira. 2010. p. 333–9.
27. Organization TWGWH, Technical Working Group, World Health Organization. Care in Normal Birth: A Practical Guide [Internet]. Vol. 24, Birth. 1997. p. 121–3.
28. 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 [Internet]. 2008 Dec;115(13):1695–702; discussion 1702–3.
29. 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 [Internet]. 2006 Sep;195(3):749–54.
30. Previatti JF, Souza KV de. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. Rev Bras Enferm [Internet]. 2007 Apr [cited 2021 Sep 14];60(2):197–201.
31. Oliveira SMJV de, de Oliveira SMJV, Miquilini EC. Freqüência e critérios para indicar a episiotomia [Internet]. Vol. 39, Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2005. p. 288– 95.
32. Maia MB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional [Internet]. 2010. Available from: <http://dx.doi.org/10.7476/9788575413289>
33. Brasil, da Saúde (MS) M. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida. Ministério da Saúde Brasília (DF); 2017.
34. De Rezende Filho J, Montenegro CAB. Rezende - Obstetrícia Fundamental [Internet]. 1012 p. Available from: https://books.google.com/books/about/Rezende_Obstetr%C3%ADcia_Fundamental.html?hl=&id=AAoDtAECAAJ.

35. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento [Internet]. Vol. 10, Ciência & Saúde Coletiva. 2005. p. 627–37.
36. Lei no 8.080 de 19 de Setembro de 1990 [Internet]. [cited 2021 Sep 14]. Available from: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/30/Lei-8080.pdf>
37. LEI No 11.108, DE 7 DE ABRIL DE 2005 [Internet]. 2005 [cited 2021 Sep 14]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm
38. LEI No 11.634, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2007 [Internet]. 2007 [cited 2021 Sep 14]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/11634.htm
39. da Saúde M. PORTARIA No 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011 [Internet]. 2011 [cited 2021 Sep 14]. Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
40. World Health Organization. Technical Working Group on Essential Newborn Care. Essential Newborn Care: Report of a Technical Working Group [Internet]. 1996. 19 p. Available from: https://books.google.com/books/about/Essential_Newborn_Care.html?hl=&id=AQavzQEACAAJ
41. Defensoria Pública do Estado de São Paulo NE de I e. J e. NE de P e. D dos D das M. Plano de Parto [Internet]. 11/2018 [cited 2021 Sep 14]. Available from: https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/Repositorio/41/Documentos/Plano_Parto_A5.pdf
42. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche ME. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2015 May;23(3):520–6.
43. Santos FS de R, de Resende Santos FS, de Souza PA, Lansky S, de Oliveira BJ, Matozinhos FP, et al. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer [Internet]. Vol. 35, Cadernos de Saúde Pública. 2019.
44. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA. Birth plan compliance and its relation to maternal and neonatal outcomes. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2017 Dec 11;25:e2953.
45. Hidalgo-Lopezosa P, Cubero-Luna AM, Jiménez-Ruz A, Hidalgo-Maestre M, Rodríguez-Borrego MA, López-Soto PJ. Association between Birth Plan Use and Maternal and Neonatal Outcomes in Southern Spain: A Case-Control Study [Internet]. Vol. 18, International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021. p. 456.

46. Kuo S-C, Lin K-C, Hsu C-H, Yang C-C, Chang M-Y, Tsao C-M, et al. Evaluation of the effects of a birth plan on Taiwanese women's childbirth experiences, control and expectations fulfilment: a randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2010 Jul;47(7):806–14.
47. Aragon M, Chhoa E, Dayan R, Klufftinger A, Lohn Z, Buhler K. Perspectives of Expectant Women and Health Care Providers on Birth Plans [Internet]. Vol. 35, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2013. p. 979–85.
48. Mei JY, Afshar Y, Gregory KD, Kilpatrick SJ, Esakoff TF. Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth*. 2016 Jun;43(2):144–50.
49. Deering SH, Heller J, McGaha K, Heaton J, Satin AJ. Patients Presenting with Birth Plans in a Military Tertiary Care Hospital: A Descriptive Study of Plans and Outcomes [Internet]. Vol. 171, *Military Medicine*. 2006. p. 778–80.
50. Afshar Y, Mei JY, Gregory KD, Kilpatrick SJ, Esakoff TF. Birth plans-Impact on mode of delivery, obstetrical interventions, and birth experience satisfaction: A prospective cohort study. *Birth*. 2018 Mar;45(1):43–9.
51. Hadar E, Raban O, Gal B, Yogev Y, Melamed N. Obstetrical outcome in women with self-prepared birth plan. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2012 Oct;25(10):2055– 7.
52. Penny Simkin P. Birth plans: after 25 years, women still want to be heard. *Birth* [Internet]. 2007 Mar;34(1):49–51.
53. DeBaets AM. From birth plan to birth partnership: enhancing communication in childbirth. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2017 Jan;216(1):31.e1–31.e4.
54. Waller-Wise R. Birth Plans: Encouraging Patient Engagement. *J Perinat Educ* [Internet]. 2016;25(4):215–22.
55. Anderson CJ, Kilpatrick C. Supporting patients' birth plans: theories, strategies & implications for nurses. *Nurs Womens Health* [Internet]. 2012 Jun;16(3):210–8.
56. White-Corey S. Birth plans: tickets to the OR? *MCN Am J Matern Child Nurs* [Internet]. 2013 Sep;38(5):268–73; quiz 274–5.