

A EPISIOTOMIA SOB A PERSPECTIVA DA MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Gabriela Zogbi Bueno¹

RESUMO

O estudo tem como propósito reunir evidências científicas atuais sobre episiotomia com a finalidade de promover embasamento teórico ao profissional gestor/auditor/perito diante da seguinte problemática: uma parcela dos profissionais (médicos obstetras e enfermeiros obstetras) defende e pratica a episiotomia de rotina, outra parte nunca a realiza e outra, a executam de forma seletiva, o que tem gerado polarização de opiniões e condutas, aumentando o descontentamento da sociedade quanto ao parto vaginal e conseqüentemente elevando o número de processos judiciais em obstetrícia. Esta pesquisa responde às seguintes questões: quais são as evidências científicas sobre episiotomia? Qual é a importância do diálogo entre profissional e parturiente para definir intervenção cirúrgica no parto? Como diminuir processos judiciais em obstetrícia? Como método realizou-se um estudo descritivo com abordagem qualitativa de dados por meio de revisão bibliográfica retrospectiva. Os resultados encontrados indicam que o procedimento episiotomia não deve ser empregado como rotina em todos os partos normais. Caso o profissional de saúde decida por optar pela episiotomia, deve descrever em prontuário sua indicação e se houve consentimento da parturiente.

Palavras-chave: Medicina baseada em evidências. Auditoria clínica. Obstetrícia. Episiotomia.

1 INTRODUÇÃO

A Episiotomia é um procedimento cirúrgico usado em obstetrícia para aumentar a abertura vaginal com uma incisão no períneo. É realizado com uma tesoura ou bisturi e necessita de sutura (ZANETTI et al, 2009). Ao se realizar um procedimento de episiotomia, frequentemente são seccionados epiderme, mucosa, músculo transverso superficial do períneo e o músculo bulboesponjoso (SANTOS et al, 2008 apud PEÑA; GOMES, 2016). Abaixo, as figuras 1 e 2 ilustram o procedimento.

¹ gzbueno@hotmail.com

Figura 1 – Episiotomia



Fonte: Calezulato (2012).

Figura 2 -Episiotomia



Fonte: Amorim (2008).

O parto é um evento natural e fisiológico tanto para a mulher quanto para o bebê e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS, 1996), o ideal é que tenha o mínimo de intervenções possível. A OMS não estabelece um percentual aceitável para realização desse procedimento. Apesar dessa orientação, existem práticas de intervenção que são utilizadas rotineiramente nos hospitais em diversos países, inclusive no Brasil. Uma dessas práticas é a episiotomia, que é realizada em cerca de 62,5% dos partos nos Estados Unidos e 30% na Europa. Na América Latina, inclusive no Brasil, habitualmente é utilizada nas primíparas e em parturientes com episiotomia prévia (MATTAR et al, 2007 apud PEÑA; GOMES, 2016).

Além de considerar a orientação da OMS, é extremamente importante que as intervenções em obstetrícia, realizadas rotineiramente, sejam avaliadas se necessárias ou dispensáveis, baseando-se em evidências mostradas por estudos. Um questionamento sobre a prática abusiva de procedimentos muitas vezes desnecessários, que alteram o curso fisiológico do parto e do nascimento, com consequências desfavoráveis tanto para a parturiente como para o bebê também deve ser considerado (SCHNECK; RIESCO, 2003 apud PEÑA; GOMES, 2016).

No Brasil, a cada ano, aproximadamente 1,5 milhão de mulheres têm parto vaginal e a maioria delas sofre algum tipo de trauma perineal, seja por episiotomia ou lacerações espontâneas, estando sujeitas à morbidade associada a este trauma. Entre as principais morbidades estão a dor perineal e o sangramento aumentado (RIESCO et al, 2011).

Conforme Santos (2016) o trauma perineal no parto se define como qualquer dano que sucede nos genitais, seja de maneira espontânea em forma de rompimento (laceração) ou devido a uma incisão cirúrgica (episiotomia).

Amorim e Katz (2008) ressalta que enquanto os partos eram assistidos em domicílio, o nascimento era visto como um processo natural e fisiológico e assim também era considerado o funcionamento do períneo durante e depois do parto. A mudança no local de parto gerou uma série de intervenções que não se baseavam em evidências científicas.

Com o intuito de obter melhores resultados em mães e recém-nascidos, houve uma rápida expansão do uso de muitas tecnologias com a finalidade de desencadear, aumentar, acelerar, regular ou monitorar o processo fisiológico do parto, para torná-lo seguro e melhorar a saúde de mães e bebês. Neste processo, tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, as tentativas de melhorar a qualidade da assistência ao parto, muitas vezes, levaram a adoção de intervenções rotineiras inapropriadas, desnecessárias e, em muitos casos, arriscadas, sem a devida avaliação de sua efetividade ou segurança (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1996; ENKIN et al, 2005 apud SILVEIRA, 2007).

Com a hospitalização, o nascimento passou a ser considerado um processo patogênico, requerendo necessariamente a realização de intervenções obstétricas para prevenir ou reduzir a incidência de complicações. Alguns autores mencionam que a prática da episiotomia aumentou consideravelmente a partir da década de 1950 porque muitos médicos acreditavam que sua realização reduzia significativamente o período expulsivo, o que lhes permitiria atender rapidamente à grande demanda de partos hospitalares, às vezes, simultâneos. Deve-se destacar que o uso se tornou bem mais frequente com a adoção do parto em posição horizontal e da

prática sistemática do fórceps de alívio, requerendo “espaço extra” para a manipulação vaginal. O uso de fórceps também se tornou progressivamente mais frequente nos partos hospitalares, em função do uso de técnicas anestésicas que prejudicavam os esforços expulsivos maternos (AMORIM; KATZ, 2008).

Conforme Amorim e Katz (2008), a episiotomia tornou-se disseminada no século XX em diversos países, sobretudo nos Estados Unidos da América e países latino-americanos, entre eles o Brasil. Foi a época em que a percepção do nascimento como um processo normal requerendo o mínimo de intervenção foi substituído pelo conceito do parto como um processo patogênico, requerendo intervenção médica para prevenir lesões maternas e fetais. A popularidade da episiotomia difundiu-se enormemente a partir das recomendações de obstetras famosos, como Pomeroy e DeLee. Este último, na década de 1920, lançou um tratado (*The Prophylactic Forceps Operation*) em que recomendava episiotomia sistemática e fórceps de alívio a todas as primíparas. Data dessa época a concepção, difundida até os dias de hoje, de que a episiotomia seria necessária para preservar a integridade do assoalho pélvico, restaurando a anatomia vaginal e a musculatura pélvica à condição pré-parto.

A finalidade da episiotomia, de acordo com os postulados de DeLee, seria reduzir a probabilidade de lacerações perineais graves, enquanto a associação com o fórceps minimizaria o risco de trauma fetal, prevenindo hipóxia. Esse pressuposto passou a ser aceito como verdade incontestável e transcrito em diversos tratados de obstetrícia em todo o mundo, embora não existissem evidências científicas confiáveis de sua efetividade e segurança. (AMORIM; KATZ, 2008).

A discussão sobre a episiotomia é urgente nos dias atuais, quando a prática humanizada do atendimento ao parto e nascimento ganha, a cada dia, maiores proporções. Todas as práticas e procedimentos realizados no parto foram amplamente discutidos pela OMS, incluindo a episiotomia (SÃO BENTO; SANTOSI, 2006).

2.1 COMPLICAÇÕES E RISCOS

Zanetti (2009) conclui em um artigo de revisão de literatura no qual foram utilizadas as bases de dados da Medline, Lilacs, Pubmed e Biblioteca Cochrane, que a episiotomia ainda é o procedimento cirúrgico mais utilizado em obstetrícia. Seu uso rotineiro pode levar a uma série de complicações, dentre as quais se destacam: infecção, hematoma, rotura de períneo de terceiro e quarto graus, dispareunia e lesão do nervo pudendo. Calezulato e Arancibia Ulloa (2012),

corroborar os achados da autora anterior, alegando que a prática da episiotomia não está isenta de riscos, pois ao contrário do que muitos acreditam, estudos demonstram que este procedimento é o próprio fator de risco para hemorragia e infecção pós parto, laceração anal (laceração de quarto grau), debilitação de músculos perineais e transtornos crônicos como incontinências e prolapsos.

Vale salientar que a maior parte das lacerações profundas de períneo acontece em mulheres que já foram submetidas à episiotomia anteriormente, o que leva à conclusão de que uma melhor seleção para sua realização poderia minimizar o número dessas lacerações (OLIVEIRA; MIQUILINI, 2005 apud PEÑA; GOMES, 2016). Infere-se dessa forma que a episiotomia é um fator de risco para lacerações de terceiro e quarto grau no períneo (PEREIRA; PINTO, 2011 apud PEÑA; GOMES, 2016).

Segundo Peña e Gomes (2016), a ocorrência de lacerações perineais no parto vaginal depende de diversos fatores, tanto maternos como fetais, relacionadas ao parto e à prática da episiotomia. Enfim, Barbosa et al (2005 apud PEÑA; GOMES, 2016) concluem em sua pesquisa que a episiotomia é um dos fatores que contribuem para a diminuição da força muscular do assoalho pélvico.

2.2 A REGENERAÇÃO MUSCULAR APÓS A EPISIOTOMIA

Uma vez que a episiotomia afeta a integridade das fibras musculares dos músculos do assoalho pélvico, e que a força de contratilidade destes músculos é necessária para garantir suporte aos órgãos pélvicos e manutenção das continências urinária e fecal, pode-se associar a episiotomia à maior probabilidade de desenvolver disfunções do assoalho pélvico. Há estudos que demonstram os efeitos deletérios e indesejados da episiotomia de rotina, porém, a literatura ainda é escassa no que diz respeito a pesquisas que analisem a funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico, associada ou não à realização de episiotomia (PHILIPPINI et al, 2017).

Alguns autores citam que lacerações de 1º e 2º graus trazem menos malefícios à função do assoalho pélvico do que a episiotomia. Isso pode ser explicado pela fisiologia do reparo tecidual. Após uma lesão muscular como, por exemplo, a episiotomia, pode ocorrer a regeneração tecidual (substituição das células lesadas por outras do mesmo tipo) ou ainda a fibrose (substituição das células musculares por tecido conjuntivo). Ao ocorrer a fibrose no processo de reparação após a episiotomia, a função da musculatura do assoalho pélvico pode ficar prejudicada. Apesar de a grande maioria das lesões do músculo esquelético se recuperarem sem formação de fibrose que leve 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. Com isso o músculo lacerado pode restaurar uma função satisfatória, mas sua recuperação não é completa (ZANETTI et al, 2009).

Zanetti et al (2009) esclarece que no processo de regeneração, a episiotomia terá um impacto menor que uma laceração de 3º e 4º graus. Porém, diversos estudos que compararam o uso rotineiro e seletivo da episiotomia, não encontraram aumento na ocorrência dessas lacerações importantes.

Em uma revisão sistemática da Biblioteca Cochrane feita em 2008, incluindo seis estudos que compararam os desfechos entre o uso rotineiro e o seletivo da episiotomia, verificou-se que a utilização seletiva envolve menor trauma perineal posterior, menos sutura, menos complicações de cicatrização e mais trauma perineal anterior.

Devemos considerar que a musculatura do assoalho pélvico também tem grande capacidade de distensão e que existe diferença dessa propriedade de uma parturiente para outra. Um preparo, durante a gestação, da musculatura do assoalho pélvico, incluindo massagem e exercícios específicos, poderiam aumentar sua capacidade de distensão. Já que existem poucas contraindicações ou efeitos colaterais, a massagem deveria ser ensinada a todas as gestantes (ZANETTI et al, 2009).

2.3 CUSTOS ENVOLVIDOS NA EPISIOTOMIA

Em revisão sistemática da Biblioteca Cochrane em 2008, comparam-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 US\$ 7 milhões. A mesma estimativa foi feita em relação ao Brasil, que economizaria de US\$ 15 a 30 milhões (ZANETTI et al, 2009)

Oliveira et al (2014) realizaram um estudo sobre os custos do parto, no qual, demonstrou que na Casa de Parto pesquisada, sem incluir a mão de obra, a episiotomia custa R\$ 5,70 a mais que lacerações de primeiro e segundo grau. Foram pesquisados 161 prontuários, no qual 40 mulheres (25%) não tiveram comprometimento e 118 mulheres (73%) tiveram lacerações de primeiro e segundo grau. As autoras concluem que se todas elas tivessem sido submetidas à episiotomia de rotina, teríamos um custo a mais de R\$ 1.192,60 no geral.

Tal economia deve-se ao fato de que as lacerações de primeiro grau, na maioria das vezes, não necessitam de sutura, as de segundo grau podem ser facilmente suturadas com anestesia local e, em geral, cicatrizam sem complicações. As lacerações de terceiro grau, por sua vez, podem ter consequências mais sérias, e necessitam de suturas mais extensas, a fim de evitar problemas como fístulas ou incontinência fecal. (OLIVEIRA et al, 2014 p. 421).

2.4 OS PROCESSOS JUDICIAIS E A OBSTETRÍCIA

Conforme Cury e Paula (2013), o número de processos judiciais contra os médicos, especialmente os obstetras, vem aumentando com o passar dos anos o que preocupa cada vez mais a sociedade como um todo. Na obstetrícia, em especial, há um estreitamento da relação profissional-paciente, pois este tem papel fundamental na condução de um momento único da vida da mulher, que deposita uma confiança absoluta nos profissionais que a assistirão. É nessa situação que um erro ou uma intercorrência inevitável pode levar a um conflito judicial.

Os juízes são leigos no tema Medicina e por isso a perícia obstétrica tem papel fundamental para que, juntamente com as outras provas, o magistrado possa tomar a melhor decisão, baseada em fatos e documentos. As sentenças são embasadas em jurisprudências anteriores e testemunhos, mas muitas vezes elas são fundamentadas principalmente no laudo pericial que é citado várias vezes pelos juízes, justificando a condenação ou a absolvição dos réus (CURY; PAULA, 2013).

A perícia médica foi utilizada como ferramenta mais importante no desfecho dos processos, o que traz ao perito uma responsabilidade extrema. Da sua dedicação na leitura do processo, dos documentos médicos como prontuário, exames, do exame pericial bem realizado assim como de seu conhecimento médico e imparcialidade, muitos destinos são traçados, pois em um processo geralmente muitas pessoas estão envolvidas. Os peritos judiciais, no caso dos peritos nomeados ou os oficiais, no caso de peritos de instituições como o IMESC (Instituto de Medicina Social e Criminologia do Estado de São Paulo) são realmente a visão técnica dos juízes, que neles depositam toda a confiança. O trabalho do perito deve ser claro e objetivo para que os pontos controvertidos dos processos sejam esclarecidos e auxiliem na justiça. Existe uma tendência a determinar a perícia médica e usá-la como base da sentença sempre que está envolvido no processo o atendimento médico isoladamente (CURY; PAULA, 2013).

A pesquisa de Cury e Paula (2013) estudou os processos judiciais obstétricos do estado de São Paulo, no período de 2009 e 2010 e concluiu que pela complexidade dos casos, a perícia obstétrica tem papel fundamental nas decisões judiciais, influenciando de maneira decisiva nas *Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 73-86, ago. 2018.*

sentenças, sendo utilizada em 79,06% delas, sendo que esse número chegou a 100% nos casos de óbito fetal e de sequelas neonatais por supostos erros médicos.

Pereira (2015) buscou analisar o perfil das decisões judiciais em segunda instância do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT) relacionados a partos, entre os anos de 2000 e 2014. Dentre os 80 processos analisados, avaliou-se que as violências obstétricas experimentadas pelas mulheres não foram consideradas como dano, pois mesmo nos casos em que as mulheres procuraram o judiciário por lesões físicas, estas foram consideradas consequências do atendimento e não causadas por algum procedimento isolado, como episiotomia ou manobra de Kristeller, que apesar de terem sido realizadas durante o parto, não foram objeto da ação judicial. Pereira (2015), conclui ainda, que a população precisa estar mais bem informada sobre violência obstétrica, assim como também o Poder Judiciário, que desde a primeira instância deve estar sensibilizado sobre as questões de violência de gênero e violência obstétrica. Ressalta-se que os casos de violência obstétrica apareceram de forma velada nos processos judiciais analisados por Pereira (2015).

As medidas preventivas devem ser adotadas principalmente na assistência ao parto e na relação médico e paciente para ter mais rapidamente um impacto positivo na diminuição dos processos judiciais. Além disso, é de extrema importância que o perito médico esteja ciente do perfil dos processos e do entendimento atual do magistrado para que possa aperfeiçoar seus laudos e atender de maneira adequada a expectativa do Judiciário.

2.5 LEGISLAÇÃO E CÓDIGO DE ÉTICA

Em 17 de janeiro de 2017 foi sancionada a Lei 17.097 que Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Em seu Art. 3º considera ofensa verbal ou física, proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível (SANTA CATARINA, 2017).

O Código de Ética Médica, no Artigo 31, determina que “é vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente, salvo em caso de iminente risco de morte”, e complementando, o Artigo 34 ampara que “é vedado deixar de informar ao paciente os riscos e os objetivos do tratamento”. Assim, vemos a necessidade de um melhor conhecimento por parte das pacientes sobre seus direitos, pois muitas desconhecem o objetivo da episiotomia e até mesmo os riscos quando realizada sem necessidade (COFEN, 2007).

Semelhante ao Código de Ética Médica, o Código de Ética da Enfermagem Resolução COFEN 311/2007 estabelece nos Artigos 17 e 20 que é responsabilidade e dever dos profissionais de enfermagem “prestar adequadas informações à pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de enfermagem” e “colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento da pessoa, família e coletividade a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca de seu estado de saúde e tratamento”(COFEN, 2007).

Ainda, no Código de Ética da Enfermagem, tem-se como proibição o ato de “Executar ou participar da assistência à saúde sem o consentimento da pessoa ou de seu representante legal, exceto em iminente risco de morte” (Artigo 27).

A Lei estadual e os códigos de ética deixam claro que o ato de não solicitar consentimento da parturiente ao se realizar a episiotomia, o que infelizmente é uma prática comum no Brasil, configura no mínimo como conduta antiética, passível de julgamento não apenas pelo conselho profissional, mas, também, pela justiça.

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa de dados por meio de revisão bibliográfica retrospectiva, utilizando-se para tal, banco de dados de artigos científicos e revisões sistemáticas da Biblioteca Cochrane e Base de dados Lilacs, documentações eletrônicas vinculadas às bases de dados como SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BIREME (Biblioteca virtual em saúde) e PUBMED (National Center Biotechnology Information), além de dissertações de mestrado, doutorado, livros e leis. Foram selecionadas publicações de 2006 a 2017 e incluída uma publicação de 2002 devido à relevância do assunto.

A pesquisa qualitativa considera a existência de uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito. É descritiva e utiliza o método indutivo. O processo é o foco principal. Caracteriza-se, principalmente pela dificuldade em ser traduzida em medidas numéricas e análises estatísticas, examinando aspectos mais profundos e subjetivos do tema em estudo (MARCONI; LAKATOS, 2011 apud IERVOLINO, 2016). Os custos do estudo foram reparados com recursos da própria pesquisadora.

4 DISCUSSÃO

Zanetti et al (2009) revelou que a taxa de episiotomia foi superior a 90% entre as nulíparas em alguns países da África e América do Sul, incluindo Brasil. Neles a episiotomia é considerada um procedimento realizado quase que rotineiramente durante o parto vaginal.

A revisão sistemática da Biblioteca Cochrane (CARROLI; MIGNINI, 2009), incluiu oito ensaios clínicos randomizados e um total de 5.541 mulheres submetidas à episiotomia de rotina ou seletiva. No primeiro grupo, 75,15% receberam episiotomia, contra 28,40% no grupo de episiotomia seletiva. Os autores concluíram que os benefícios da episiotomia seletiva (indicada somente em situações especiais) são bem maiores que a prática da episiotomia de rotina. Os resultados apóiam claramente o uso restritivo da episiotomia.

A recomendação atual da OMS não é de proibir a episiotomia, mas de restringir seu uso, porque em alguns casos ela pode ser necessária. Entretanto, a taxa de episiotomia não deve ultrapassar 10%, que foi o índice encontrado no ensaio clínico randomizado onde o mesmo foi conduzido sem associação com riscos maternos ou neonatais (AMORIM; KATZ, 2008).

Não está muito claro em que situações a episiotomia é, de fato, imprescindível, porque até mesmo partos instrumentais (fórceps ou vácuo-extração) podem ser realizados sem episiotomia. Na realidade, a combinação de parto instrumental (sobretudo fórceps) e episiotomia resulta em aumento das lacerações graves de períneo, com possível comprometimento da função anal. Estudos recentes recomendam que essa combinação potencialmente deletéria seja evitada (AMORIM; KATZ, 2008).

Zanetti et al (2009) salienta que a primiparidade (primeiro parto) e a prematuridade não são indicações.

Para a OMS, os motivos adequados para intervenção de episiotomia são sinais de sofrimento fetal ou progressão insuficiente do parto ou ainda, ameaça por laceração de terceiro grau (a ocorrência de lesão de 3º grau em parto anterior também deve ser considerada) (BRASIL, 2001 apud PEÑA; GOMES, 2016).

Cabe ressaltar que a episiotomia é um dos poucos procedimentos que são feitos sem o consentimento da parturiente. A decisão para realização do procedimento deve ser compartilhada com a paciente, exceto em condições seus benefícios justifiquem amplamente sua realização (ZANETTI et al, 2009)

Um estudo realizado por Frigo et al. (2014) com mulheres que tiveram parto vaginal em um centro obstétrico e dispuseram a participar da pesquisa, ao serem inqueridas sobre a

explicação do profissional de saúde para justificar o procedimento de episiotomia, os autores identificaram que 28,6% eram para facilitar o parto, 50% não comentou ou justificou o procedimento, e 21,4% não recorda ou não quis comentar a explicação do profissional da saúde. Nesta mesma pesquisa foi perguntado sobre o consentimento para realização do corte no momento do parto, apenas 35,7% lhes foi solicitado o consentimento para a realização da episiotomia, e 64,3% não foi solicitado o consentimento.

A retirada do papel de protagonista torna a mulher frágil e submissa a uma situação que a infantiliza, fragiliza, descaracteriza e violenta. Nessa condição de fragilidade, o momento do parto e do nascimento passa a ser encarado com medo devido à ameaça de riscos de dor, de sofrimento e de morte, e a cesariana passa a ser uma possibilidade de fuga e de proteção da dignidade, uma vez que o modelo de parto “normal” é considerado degradante (PASCHE et al, 2010 apud BRASIL, 2014).

Fortalecer a participação da mulher na tomada de decisões sobre seu corpo, informando os riscos e benefícios das tecnologias usadas durante o parto e deixando-as participar destas decisões, corrobora com a prática de uma assistência em saúde ética e individualizada.

As atitudes dos membros da equipe de atenção em relação à mulher devem buscar a valorização e o fortalecimento da sua dignidade, aumentando a sua auto-estima e encorajando a sua participação no planejamento do seu cuidado (BRASIL, 2014).

O Artigo Segundo da Portaria 11 do Ministério da Saúde considera que atenção humanizada ao parto e nascimento define-se pelo respeito ao parto como experiência pessoal, cultural, sexual e familiar, fundamentada no protagonismo e autonomia da mulher, que participa ativamente com a equipe das decisões referentes ao seu parto (BRASIL, 2015).

5 CONCLUSÃO

Os resultados encontrados indicam que o procedimento episiotomia não deve ser empregado como rotina em todos os partos normais. A decisão em proceder com a episiotomia tem de ser tomada com cautela e critério. As mulheres devem ter acesso a informações sobre parto e episiotomia ainda durante a gestação. Durante o trabalho de parto, a parturiente deve ser comunicada sobre todos os procedimentos que a equipe pretende realizar e ter a opção de consentir ou não quanto à episiotomia. Caso o profissional de saúde decida pela episiotomia, deve descrever em prontuário sua indicação e o consentimento da parturiente de forma clara. Fortalecer a participação da mulher na tomada de decisões sobre seu corpo, informando os

riscos e benefícios das tecnologias usadas durante o parto e deixando-as participar destas decisões, corrobora com a prática de uma assistência em saúde ética e individualizada.

Com relação aos gastos da episiotomia, conclui-se que o procedimento quando realizado sem indicação precisa e devidamente registrado no prontuário poderá ser glosado pelo auditor.

Melhorias como aperfeiçoamento técnicos dos profissionais da área da saúde e resgate da boa relação profissional-paciente são medidas urgentes que precisam ser adotadas na área obstétrica, a fim de diminuir imperícias, iatrogenias, descontentamento da parturiente e, como consequência, diminuir o índice de processos judiciais.

EPISIOTOMY UNDER THE PERSPECTIVE OF MEDICINE BASED ON EVIDENCE

The purpose of this study is to gather current scientific evidence on episiotomy in order to provide a theoretical basis to the professional manager / auditor / expert in view of the following problems: a portion of the professionals (obstetricians and obstetrician nurses) defend and practice routine episiotomy, never performs it and another, perform it selectively, which has generated polarization of opinions and behaviors, increasing society's displeasure about vaginal delivery and consequently increasing the number of legal processes in obstetrics. This research responds to the following questions: What are the scientific evidences about episiotomy? What is the importance of the dialogue between professional and parturient to define surgical intervention in childbirth? How to reduce court cases in obstetrics? As a methodology, a descriptive study with qualitative abortion of data was performed through a retrospective bibliographic review. The results indicate that the episiotomy procedure should not be routinely used in all normal deliveries. In case the health professional decides to opt for the episiotomy, he / she should describe in his / her medical record his / her indication and if there was consent of the parturient.

Keywords: Evidence-based medicine. Clinical audit. Obstetrics. Episiotomy

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos Humaniza SUS, v. 4).

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015**. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. Brasília, 2015.

Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 73-86, ago. 2018.

CALEZULATO, M. R.; ARANCIBIA ULLOA, F. L. Episiotomía y riesgos. **Universidad, Ciencia y Sociedad**, Santa Cruz de la Sierra, n. 7, ago. 2012. Disponível em: <www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/ucs/n7/n7_a08.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2017.

CARROLI, G.; MIGNINI, L. Episiotomy for vaginal birth. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 21, n. 1, jan. 2009.

CURY, L.; PAULA, F. J. Análise do perfil dos processos judiciais em obstetrícia e o impacto do laudo pericial nas decisões do magistrado. **Saúde, Ética e Justiça**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 110-115, 2013.

COFEN. **Resolução COFEN nº 311/2007**. Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: COFEN, 2007.

FRIGO, J. et al. Episiotomia: (des)conhecimento sobre o procedimento sob a ótica da mulher. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research BJSCR**, v. 6, n. 2, p. 5-10, mar./maio 2014.

KETTLE, C., DOWSWELL, T., ISMAIL, K. M. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 14, n. 11, nov. 2012.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: OMS, 1996.

PEÑA, S. R.; GOMES, C. R. de G. Episiotomia e suas implicações. **Arquivos do MUDI**, Maringá, v. 20, n. 1, p. 25-37, 2016. Disponível em: <www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ArqMudi/article/download/32463/pdf>. Acesso em: 19 jul. 2017.

PEREIRA, D. M. **Violação ao direito à saúde das mulheres no parto**: uma análise do perfil dos processos judiciais em obstetrícia do TJDF sob a ótica da violência obstétrica. 2015. 40f. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Curso de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Ceilândia, 2015.

PHILIPPINI, A. C. de O. et al. A influência da episiotomia na funcionalidade do assoalho pélvico. CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, 2., 2017, Campina Grande, PB. **Anais...** Campina Grande, PB, COMBRACIS, 2017. Disponível em: <http://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD4_SA9_ID1383_02052017124741.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2017.

RIESCO, M. L. G. et al. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 77-83, 2011.

SANTA CATARINA. **Lei nº 17.097**, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Florianópolis: ALESC, 2017.

SANTOS, J. O. et al. Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 658-663, 2008.

SANTOS, R. C. S. **Implementação de evidências científicas na prevenção e reparo do trauma perineal no parto**. 2016. 100f. Tese (Doutorado em Cuidado de Saúde) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

SÃO BENTO, P. A.; SANTOS, R. S. Realização da episiotomia nos dias atuais à luz da produção científica: uma revisão. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 552-559, 2006.

SCARABOTTO, L. B.; RIESCO, M. L. G. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 389-395, 2006.

SILVEIRA, J. da C. **O ensino da prevenção e reparo do trauma perineal nos cursos de especialização em enfermagem obstétrica**. 2007. 152f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem Obstétrica e Neonatal) - Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, 2007.

ZANETTI, M. R. D. et al. Episiotomia: revendo conceitos. **Revista Femina**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 7, p. 367-371, jul. 2009. Julho, 2009.

Submetido em: 19/4/2018
Aceito para publicação em: 27/08/2018