



Projeto da MCEESMO-OE

Maternidade com Qualidade

Episiotomia: realização seletiva ou rotineira

Indicador de Evidência

Descrição <p>A episiotomia é um procedimento cirúrgico comum em obstetrícia, que foi introduzida empiricamente por Ould, em 1741 e generalizada por DeLee, em 1920 (Borges, Serrano e Pereira, 2003; Mattar, Aquino e Mesquita, 2007). Atualmente, a sua realização é questionável pelos casais, sobretudo de modo rotineiro e a sua prática, por parte dos profissionais de saúde, requer o esclarecimento com consentimento informado da Mulher.</p> <p>Define-se como uma incisão cirúrgica no períneo com o objetivo de aumentar a abertura vaginal durante o parto. Deve ser realizada no momento da coroação da cabeça do feto. A sua sutura é feita com fio absorvível pelo organismo e é chamada de episiorrafia. Toda a técnica é asséptica e com recurso a anestésicos (Borges, Serrano e Pereira, 2003).</p> <p>Com base nas evidências atuais, a episiotomia deve realizar-se somente de forma seletiva e não se justifica taxas maiores que 30% na prática obstétrica (Borges, Serrano e Pereira, 2003). A OMS (1996) indica cerca de 10% e classifica o seu uso rotineiro como uma prática inadequada e prejudicial à saúde da Mulher (WHO, 1996).</p> <p>Nas unidades hospitalares a maioria das mulheres são submetidas, por rotina, à episiotomia sem prévia autorização e informação dos seus riscos e benefícios (Santos e Shimo, 2008).</p>	
Evidência disponível <p>Nos últimos 30 anos, estudos de diversas partes do mundo corroboram a falta de sustentação científica, no uso rotineiro da episiotomia (WHO, 1996; Borges, Serrano e Pereira, 2003; Carrol e Belizan, 2007; Mattar, Aquino e Mesquita, 2007; Previatti, 2007).</p> <p>A pesquisa incidiu nas recomendações da OMS e nas bases de dados Medline/Pubmed, Biblioteca Virtual da Saúde e Cochrane, sobre a indicação, avaliação de riscos e benefícios da episiotomia, de uso seletivo versus rotineiro, assim como de medidas de promoção da integridade perineal.</p> <p>A OMS (WHO, 1996) e outros autores (Carrol e Belizan, 2007; Mattar, Aquino e Mesquita, 2007) aconselham o uso da episiotomia nos seguintes casos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sofrimento fetal;• Parto instrumental ou complicado (ex: distocia de ombros, apresentação pélvica, macrossomia);• Lesão iminente de laceração perineal grave (ex: rigidez perineal, altura do períneo inferior ou igual a 3cm). <p>As revisões sistemáticas, as meta-análises e os estudos encontrados são consistentes e evidenciaram que não existe consistência científica para a manutenção desta prática de rotina obstétrica. Pelo contrário, é questionado se a sua realização incrementa complicações intra e pós-operatórias. Ela própria é considerada uma laceração perineal de II grau. (Carrol e Belizan, 2007).</p> <p>Apesar das recomendações sobre a realização de uma episiotomia seletiva, a sua frequência continua bastante elevada (Borges, Serrano e Pereira, 2003; Mattar, Aquino e Mesquita, 2007).</p> <p>No que respeita à perceção das mulheres e de profissionais de saúde sobre a episiotomia, os estudos são escassos. Mas evidenciam que: as primeiras não recebem informação ou então recebem orientações centradas na necessidade do procedimento para benefício do binómio-mãe-filho; os segundos insistem na realização da episiotomia, sem a anuência da mulher, mantendo um enfoque intervencionista que subtrai a esta, a possibilidade de experienciar o parto, como um processo fisiológico e fortalecedor da sua autonomia (Previatti, 2007).</p>	Resultados <p>Com base em diversos estudos (Borges, Serrano e Pereira, 2003; Carrol e Belizan, 2007; Mattar, Aquino e Mesquita, 2007), comparando a realização da episiotomia, com a ocorrência de o períneo íntegro e lacerações perineais espontâneas, os resultados mostraram que na primeira ocorre:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diminuição da resistência do assoalho pélvico, favorecendo a incontinência urinária e fecal e prolapso vaginal;• Frequência de maior dispareunia e dor perineal;• Encurtamento do período expulsivo no máximo de 9 minutos;• Maior ocorrência de lacerações de 3º e 4º grau;• Maior hemorragia;• Maior incidência de infeção;• Estreitamento excessivo do introito vaginal;• Não protege o feto de traumatismos intraparto (ex: compressão cefálica, asfixia, hemorragia intracraniana) <p>No que respeita à comparação entre a episiotomia rotineira e seletiva, esta última apresenta como vantagens:</p> <ul style="list-style-type: none">• Menor risco de morbilidade com trauma perineal severo;• Maior número de períneos intatos. <p>A episiotomia seletiva apresenta como única desvantagem:</p> <ul style="list-style-type: none">• Maior ocorrência de lacerações na região perineal anterior (as quais causam menor sangramento, menor dor e, por vezes, não necessitam de sutura).
Situação em Portugal <p>A episiotomia médio-lateral por rotina é uma prática comum nas maternidades e consensual entre os profissionais de saúde, mas cada vez mais questionada pelos casais grávidos.</p>	



Projeto da MCEESMO-OE

Maternidade com Qualidade

Recomendações, tendo em conta a evidência disponível

Estudos randomizados defendem que a prática da episiotomia como rotina deve ser abandonada. O seu uso deve ser ponderado e baseado em decisões caso a caso.

(WHO, 1996; Borges, Serrano e Pereira, 2003; Carrol e Belizan, 2007; Mattar, Aquino e Mesquita, 2007; Previatti, 2007).

É importante apostar no uso de técnicas não cirúrgicas baseadas na evidência científica (ex: massagem pré-natal, calor no períneo, posição materna durante o parto, manobra de Ritigem modificada) que permitam a distensão perineal progressiva, com o objetivo da promoção da integridade perineal (Borges, Serrano e Pereira, 2003; Carrol e Belizan, 2007; Beckmann e Garret, 2009, Aasheim et al 2011).

Ressalta-se a importância de mudar comportamentos e de capacitar os profissionais de saúde para a realização de partos sem episiotomia. A resistência destes é devido a antigos hábitos baseados na formação académica e por medo de que a sua não execução seja entendida como um mau cuidar obstétrico.

Compreende-se que se torna urgente a incorporação do respeito aos direitos das mulheres sublinhando-se os direitos sexuais e reprodutivos na perspetiva da promoção da saúde, no âmbito da sexualidade e reprodução. Neste sentido e segundo Previatti (2007) é fundamental informar as mulheres sobre o que é a episiotomia, suas indicações e consequências, para que assim possam tomar decisões sobre práticas clínicas que se realizam no seu próprio corpo («empowerment»).

A difusão desta prática (episiotomia seletiva) e a sua adoção nos diferentes serviços e diretrizes das sociedades médicas é um marcador de qualidade da atenção e humanização do parto. (Previatti, 2007; Santos e Shimo, 2008).

Bibliografia

Aasheim V, Nilsen A, Lukasse M, Reinart L. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. In *Cochrane Library*, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub2. Disponível em URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006672.pub2/abstract>

Beckmann M, Garret A. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. In *Cochrane Library*, 2009. DOI: 10.1002/14651858.CD005123.pub2. Disponível em URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD005123.pub2/abstract>

Borges B, Serrano F, Pereira F. Episiotomia: uso generalizado versus seletivo. In *Acta Médica Portuguesa*. Lisboa. Fevereiro/2003, (16) 447-454. Disponível em URL: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2003-16/6/447-454.pdf>

Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth (Cochrane Review). In: *The Reproductive Health Library*, Issue 10, 2007. Oxford. Disponível em URL: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD000081.pdf>

Mattar, R.; Aquino, M.; Mesquita, M. A prática da episiotomia no Brasil. In *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2007. 29(1), 1-2. Retrieved March 26, 2013, Disponível no URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032007000100001&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0100-72032007000100001.

Previatti J, Souza K. Episiotomia: em foco a visão das mulheres. In *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília 2007. Mar-Abr; 60 (2):197-201. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672007000200013&lang=pt&tlng=

Santos, J.; Shimo, A. Prática rotineira da episiotomia reflectindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. In *Revista de Enfermagem*, Escola Anna Nery. 2008. Dez; 12 (4): 645-650. Disponível em URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400006&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1414-81452008000400006.

World Health Organization. Care on normal Birth: practical guide. Genebra, WHO 1996. Disponível em URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf



Projeto da MCEESMO-OE

Maternidade com Qualidade

Indicador de Medida

Objectivo Estratégico	Metas	Indicador de Medida				
<p>Reduzir o número de episiotomias praticadas pelos EESMO em todas as parturientes com parto eutócico</p>	<p>Redução da episiotomia em partos eutócicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50% em primíparas; • 70% em múltiparas. 	<p>- Nº de registos de episiotomias durante o ano de 2012 (se existente)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primíparas; • Múltiparas. <p>- Nº de registos de episiotomias no 1º trimestre do estudo (___/___/20__ a ___/___/20__).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primíparas; • Múltiparas. <p>- Taxa de redução no 1º trimestre do estudo (se pré existente em 2012).</p> <p>- Nº de registos de episiotomias no 2º trimestre do estudo (___/___/20__ a ___/___/20__).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primíparas; • Múltiparas. <p>- Taxa de redução no 2º trimestre do estudo.</p> <p>- Nº de registos de episiotomias no 2º semestre do estudo (___/___/20__ a ___/___/20__).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primíparas; • Múltiparas. <p>- Taxa de redução no 2º semestre do estudo.</p>				
	<p>Incrementação do nº de perineos íntegros</p>	<p>- Taxa de perineos íntegros (___/___/20__ a ___/___/20__).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primíparas; • Múltiparas. <p>- Taxa de lacerações de 1º, 2º, 3º e 4º grau. (___/___/20__ a ___/___/20__).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primíparas; • Múltiparas. 				
		<p>Taxa de cumprimento da equipa de EESMO para com as metas do indicador.</p> <table border="1"> <tr> <td> <p>Taxa de redução de episiotomia em primíparas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inferior a 19% ---- Insuficiente • Entre 20% e 34% --- Suficiente • Entre 35% a 49% --- Bom • Superior a 50% ---- Muito bom </td> <td> <p>Taxa de perineos íntegros em primíparas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inferior a 19% ---- Insuficiente • Entre 20% e 34% --- Suficiente • Entre 35% a 49% --- Bom • Superior a 50% ---- Muito bom </td> </tr> <tr> <td> <p>Taxa de redução de episiotomia em múltiparas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inferior a 19% ---- Insuficiente • Entre 20% e 34% --- Suficiente • Entre 35% a 49% --- Bom • Superior a 50% ---- Muito bom </td> <td> <p>Taxa de perineos íntegros em múltiparas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inferior a 19% ---- Insuficiente • Entre 20% e 34% --- Suficiente • Entre 35% a 49% --- Bom • Superior a 50% ---- Muito bom </td> </tr> </table>	<p>Taxa de redução de episiotomia em primíparas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inferior a 19% ---- Insuficiente • Entre 20% e 34% --- Suficiente • Entre 35% a 49% --- Bom • Superior a 50% ---- Muito bom 	<p>Taxa de perineos íntegros em primíparas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inferior a 19% ---- Insuficiente • Entre 20% e 34% --- Suficiente • Entre 35% a 49% --- Bom • Superior a 50% ---- Muito bom 	<p>Taxa de redução de episiotomia em múltiparas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inferior a 19% ---- Insuficiente • Entre 20% e 34% --- Suficiente • Entre 35% a 49% --- Bom • Superior a 50% ---- Muito bom 	<p>Taxa de perineos íntegros em múltiparas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inferior a 19% ---- Insuficiente • Entre 20% e 34% --- Suficiente • Entre 35% a 49% --- Bom • Superior a 50% ---- Muito bom
<p>Taxa de redução de episiotomia em primíparas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inferior a 19% ---- Insuficiente • Entre 20% e 34% --- Suficiente • Entre 35% a 49% --- Bom • Superior a 50% ---- Muito bom 	<p>Taxa de perineos íntegros em primíparas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inferior a 19% ---- Insuficiente • Entre 20% e 34% --- Suficiente • Entre 35% a 49% --- Bom • Superior a 50% ---- Muito bom 					
<p>Taxa de redução de episiotomia em múltiparas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inferior a 19% ---- Insuficiente • Entre 20% e 34% --- Suficiente • Entre 35% a 49% --- Bom • Superior a 50% ---- Muito bom 	<p>Taxa de perineos íntegros em múltiparas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inferior a 19% ---- Insuficiente • Entre 20% e 34% --- Suficiente • Entre 35% a 49% --- Bom • Superior a 50% ---- Muito bom 					
		<p>Itens a avaliar (se possível):</p> <p>1) Informação sobre riscos e benefícios da realização da episiotomia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sim; • Não. <p>2) Consentimento informado para a realização da episiotomia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sim; 				



Projeto da MCEESMO-OE

Maternidade com Qualidade

		<ul style="list-style-type: none">• Não. <p>3) Utilização de medidas não farmacológicas que promovam a integridade do períneo:</p> <ul style="list-style-type: none">- <u>Massagem pré-natal</u>:<ul style="list-style-type: none">• Sim;• Não.- <u>Calor no períneo em trabalho de parto</u>:<ul style="list-style-type: none">• Sim;• Não.- <u>Posição materna no parto</u>:<ul style="list-style-type: none">• Qual?- <u>Manobra de Ritigem modificada</u>:<ul style="list-style-type: none">• Sim;• Não. <p>4) Ocorrência de traumatismo perineal</p> <ul style="list-style-type: none">• Sim;• Não. <p>5) Realização de sutura perineal:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sim;• Não. <p>(Critério: Não suturar lacerações de 1º grau, não sangrantes)</p> <p>6) Ocorrência de hemorragia:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sim;• Não. <p>7) Ocorrência de dor perineal:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sim,• Não.
--	--	---

Elaborado por Aida Barradas e Elsa Salgueiro