



## A INFLUÊNCIA DA EPISIOTOMIA NA FUNCIONALIDADE DO ASSOALHO PÉLVICO

Alécia Carolina de Oliveira Philippini<sup>1</sup>; Daniele Maria dos Santos<sup>2</sup>; José Edimósio Costa Vital<sup>3</sup>; Hellen Batista de Carvalho<sup>4</sup>; Lorena Carneiro de Macêdo<sup>5</sup>

<sup>1</sup> *Discente da Universidade Estadual da Paraíba; aleciaphi@gmail.com*

<sup>2</sup> *Discente da Universidade Estadual da Paraíba; Dannymaria@hotmail.com*

<sup>3</sup> *Discente da Universidade Estadual da Paraíba; edimosio.edcv@gmail.com*

<sup>4</sup> *Docente da Faculdade Maurício de Nassau de Campina Grande; hellenbcar@hotmail.com*

<sup>5</sup> *Docente da Universidade Estadual da Paraíba; lorenacmacedo@gmail.com*

### **Introdução:**

A episiotomia consiste na incisão cirúrgica efetuada na região perineal com o objetivo de ampliar o canal de parto. Esta prática foi introduzida no século XVIII com o intuito de prevenir lacerações perineais graves, sendo realizada para auxiliar partos difíceis (MYERS-HELFOGOLT; HELFOGOLT, 1999).

Este procedimento foi disseminado quando, no século XX, mesmo sem nenhuma evidência científica de sua efetividade, alguns médicos propagaram a concepção de que este seria uma prática necessária para preservar a integridade do assoalho pélvico, restaurando a anatomia vaginal e a musculatura pélvica à condição pré-parto (BEZERRA; AMORIM, 2012).

Atualmente, alguns autores recomendam a não realização dessa prática como procedimento de rotina, tendo em vista que há claras evidências favorecendo o uso seletivo da mesma (BEZERRA; AMORIM, 2012). A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o uso desse procedimento seja seletivo e que estaria indicado apenas na presença de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto e risco de laceração perineal de terceiro grau (MELO; COUTINHO, 2014). Mesmo com tais recomendações, a episiotomia continua sendo um procedimento frequente na prática obstétrica em todo o mundo.

O Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG) enfatiza a relevância da seletividade em detrimento do uso liberal da episiotomia, no entanto, propõe o uso da mesma como prevenção de lacerações perineais graves, além de facilitar ou acelerar partos difíceis. A decisão de realizar este procedimento deve ser baseada em considerações clínicas (MELO; COUTINHO, 2014).



Sendo um procedimento realizado para alargar o canal vaginal durante a passagem do feto, a episiotomia trata-se de um corte que atinge o assoalho pélvico (AP), podendo comprometer os músculos do assoalho pélvico (MAP) (HALL; BRODY, 2012). O assoalho pélvico reveste a cavidade pélvica inferior e é formado por músculos, ligamentos e fáscias que, atuando em conjunto, têm a função de sustentar os órgãos pélvicos, auxiliar na continência urinária, na função sexual e na continência anal. Os MAP são representados, da superfície para a profundidade, pelo esfíncter anal, músculos perineais superficiais, diafragma urogenital e diafragma pélvico (HALL; BRODY, 2012; HENSCHER, 2012).

O esfíncter anal inclui os esfíncteres anais interno e externo, e juntamente com o diafragma pélvico, atuam fornecendo continência, e os músculos perineais superficiais auxiliam no funcionamento sexual do assoalho pélvico. A inervação neurológica dos MAP é proporcionada a partir do quarto nervo sacral e do ramo inferior do nervo pudendo (HALL; BRODY, 2012).

Existem vários fatores que podem provocar uma diminuição ou perda da força muscular do assoalho pélvico feminino, determinantes, em longo prazo, para a origem da incontinência urinária (IU), incontinência fecal (IF), prolapsos genitais e disfunções sexuais femininas (DSF). Essas disfunções podem ser causadas ou potencializadas por fatores como gravidez, aumento do índice de massa corpórea (IMC) na gestação, parto vaginal, multiparidade, peso do recém-nascido, segundo período do parto prolongado, trauma perineal e a episiotomia (BARBOSA, 2005).

Embora existam estudos mostrando os efeitos deletérios da episiotomia, este procedimento ainda é realizado com frequência na prática obstétrica, por isso o presente artigo revisa as evidências científicas disponíveis, nos últimos anos, acerca dos efeitos da episiotomia na funcionalidade do assoalho pélvico, com o objetivo de verificar e discutir acerca da interferência da episiotomia na Saúde da Mulher.

### **Metodologia:**

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura com consulta aos bancos de dados PubMed, Lilacs, SciELO, Cochrane e PEDro com estudos que compreendem o período de 2010 a 2017, incluindo estudos do tipo ensaio clínico, revisão sistemática e revisão de literatura. Como descritores correspondentes em português e inglês, foram utilizados os seguintes termos: *“episiotomy”, “pelvic floor” and “functionality”*.



## **Resultados e Discussão:**

Estudos realizados ao longo das últimas décadas concluíram que o uso rotineiro da episiotomia aumenta a perda sanguínea, a dor perineal, a ocorrência de lesão perineal grave, a utilização de fios de sutura e as complicações de cicatrização, além de aumentar o risco de lesão perineal posterior (BEZERRA; AMORIM, 2012).

Durante o parto, o assoalho pélvico é submetido à compressão exercida pelo feto e às pressões direcionadas para baixo, oriundas dos esforços expulsivos que a parturiente realiza. Essas forças provocam distensão do assoalho pélvico, produzindo como resultados alterações anatômicas e funcionais nos músculos, nervos e tecidos conectivos. O parto por si só já provoca danos miogênicos diretos, desnervação e defeitos da fáscia endopélvica, de modo que este, se mal conduzido, se enquadra entre os principais fatores de risco para o surgimento de incontinência urinária (FLORÊNCIO; AMORIM, 2012).

Por se tratar de um corte cirúrgico, a episiotomia acarreta descontinuidade das fibras musculares da região perineal, havendo a necessidade de sutura e, conseqüentemente, prejudicando a regeneração do tecido muscular injuriado, o que leva à formação de cicatrizes. Essas se dão pela substituição do tecido lesionado por tecido conjuntivo fibroso provocando redução da elasticidade e, possivelmente, a formação de aderências. Na episiotomia, atingindo as fáscias e os músculos envolvidos podem ter a contratilidade de suas fibras prejudicada, devido à substituição das mesmas, no local da lesão, por fibras de tecido conjuntivo fibroso (KUMAR, 2013).

Um estudo realizado com 237 mulheres, divididas em dois grupos: sem episiotomia e com episiotomia seletiva, verificou que o trauma perineal grave ocorreu em 1,8% das mulheres do grupo sem episiotomia e em 2,5% das randomizadas no grupo de episiotomia seletiva. Os autores concluíram, baseando-se em seus achados e também em outros estudos, que as vantagens da restrição da prática de episiotomia, em vez de encorajar seu uso rotineiro, incluem menor risco de trauma perineal grave e de trauma perineal posterior (MELO; COUTINHO, 2014).

Outros aspectos positivos observados, nesse estudo, foram a menor perda de sangue pós-parto, menor necessidade de sutura, menor frequência de dor perineal pós-parto, menor frequência de complicações de suturas, como edema, deiscência, infecção e hematoma, além de menor perda de força muscular perineal pós-parto e menor risco de dispareunia (MELO; COUTINHO, 2014).

Outro estudo realizado com 94 mulheres, sendo 32 primíparas pós-parto vaginal com



episiotomia (grupo 1), 32 primíparas após cesariana (grupo 2) e 30 nulíparas (grupo 3), avaliou a força dos MAP através de avaliação digital da força do assoalho pélvico e da perineometria. Os resultados encontrados revelaram diminuição da força dos MAP, bem como aumento do risco relativo de diminuição da mesma quatro a seis meses após o parto em primíparas de parto vaginal. Revelaram, ainda, que houve diminuição de força dos MAP no grupo das cesarianas, demonstrando que esta intervenção não protegeu a musculatura do assoalho pélvico (FLORÊNCIO; AMORIM, 2012). Os autores destacam a hipótese de que a episiotomia de rotina, e não somente o parto vaginal, podem ser responsáveis por esses achados.

Outros estudos indicam que, devido à dificuldade de recomposição da musculatura no local da incisão, a episiotomia não garante proteção ao períneo quando comparada às distensões e compressões perineais que ocorrem naturalmente durante o parto. Quanto às lacerações espontâneas de 1º e 2º graus, não há evidências de que estas comprometam a função do assoalho pélvico em longo prazo. Esses dados indicam que, levando-se em consideração a saúde do assoalho pélvico, seja mais protetor permitir que ocorram lacerações espontâneas nos graus citados, do que realizar a episiotomia (BEZERRA; AMORIM, 2012).

As lesões obstétricas do esfíncter anal são complicações bem conhecidas e graves do parto vaginal, com sua taxa global variando em diferentes relatórios (0,6-10,2%). Apesar da realização de reparação primária suficiente, estudos mostram que 30-50% de todas as mulheres que sofrem lesão do esfíncter anal experimentam incontinência anal (STEDENFELDT et al., 2013).

Um estudo realizado na Noruega por Stedenfeldt et al. (2013) avaliou o risco de lesão do esfíncter anal, antes e após intervenção, em um total de 40.154 partos vaginais, dos quais 1349 mulheres apresentaram lesão do esfíncter anal, sendo consideradas a associação a nenhum, um, dois, três, ou quatro fatores de risco. A intervenção consistiu em um treinamento teórico e prático, de equipes de médicos e de parteiras, com o objetivo de reintroduzi-los em um método tradicional de auxílio durante a última parte da segunda fase do parto, onde deveriam fornecer um suporte perineal adequado e fazer uso da episiotomia apenas mediante indicação. Se realizado, o corte deveria ter o ponto de incisão lateral à linha média e com um ângulo suficiente para evitar a lesão do esfíncter anal. Os resultados pós-intervenção mostraram redução de 59% no risco relativo desse tipo de lesão.

Uma pesquisa que levou em consideração mil partos vaginais, afirma que a episiotomia pode ser evitada durante o parto, havendo uso moderado do vácuo, adoção de



posturas alternativas (lateral, sentada, de cócoras, de quatro) e puxo espontâneo, principalmente no período expulsivo. Destaca ainda, que a taxa de episiotomia pode ser reduzida sem causar danos às mulheres ou aos recém-nascidos (RÄISÄNEN S. et. al., 2010).

### **Conclusão:**

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.

Uma vez que a prática deste procedimento ainda é frequente em todo mundo, ressalta-se a verdadeira necessidade de que estudos acerca da interferência da episiotomia na funcionalidade do assoalho pélvico sejam realizados, utilizando-se de avaliações precisas e reproduzíveis.

### **Referências:**

BARBOSA A. M. P., et. al. Efeito da via de parto na força muscular do assoalho pélvico. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 2005; 27(11): 677-82;

BEZERRA, Isabel; AMORIM, Melania. Associação da episiotomia com a funcionalidade dos músculos do assoalho pélvico em primíparas. IX Congresso de iniciação científica da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, Campina Grande, 2012;

FLORÊNCIO, Carolina; AMORIM, Melania. Associação da episiotomia com a atividade eletromiográfica dos músculos do assoalho pélvico em primíparas. IX Congresso de iniciação científica da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, Campina Grande, 2012;

HALL C. M., BRODY L. T. Exercício Terapêutico Na Busca Da Função. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012;

HENSCHER U. Fisioterapia Em Ginecologia. São Paulo: Livraria e Editora Santos, 2007: 218;

MYERS-HELFOGOLT M. G., HELFOGOLT A. W. Routine use of episiotomy in modern obstetrics: should it be performed? Obs Ginecol Clin North Am. 1999; (26): 305-25;



KUMAR, Vinay et al. Robbins Patologia Básica. Rio de Janeiro: 9° ed. Elsevier, 2013;

MELO, Inês et al. Selective Episiotomy vs. Implementation of a Non Episiotomy Protocol: A Randomized Clinical Trial. Reproductive Health 11 (2014). 66. *PMC*. Web. 28 Apr, 2014;

STEDENFELDT, M. et al. Risk factors for obstetric anal sphincter injury after a successful multicentre interventional programme. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, v. 121, n. 1, p. 83-91, 2014;

RÄISÄNEN S.; VEHVILÄINEN-JULKUNEN K., HEINONEN S. Need for and consequences of episiotomy in vaginal birth: a critical approach. *Midwifery*. 2010; 26 (3): 348.

