

Episiotomia seletiva: avanços baseados em evidências

Selective episiotomy: advances based on evidence

Cynthia Coelho Medeiros de Carvalho¹
Alex Sandro Rolland Souza²
Olimpio Barbosa Moraes Filho³

Palavras-chave

Episiotomia
Parto normal
Períneo/lesões
Paridade

Key words

Episiotomy
Natural childbirth
Perineum/injuries
Parity

Resumo

A realização de episiotomia de forma rotineira foi, durante muitos anos, um grande exemplo de prática médica adotada sem base em estudos clínicos bem conduzidos. Permanece como o segundo procedimento mais comum em obstetrícia, tendo como objetivos prevenir severos danos perineais nas mulheres submetidas ao parto normal, assim como reduzir o período expulsivo. Contudo, vários ensaios clínicos randomizados bem controlados foram publicados contestando essas verdades, além de fornecer evidências de nível I. Assim, foi realizada uma revisão da literatura de forma sistematizada, a qual incluiu estudos comparando a realização da episiotomia rotineira à seletiva. 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. Baseando-se nesses resultados, não há justificativa para a manutenção da realização de episiotomia de forma rotineira. Porém, sua frequência continua sendo elevada no Brasil. Sua realização seletiva representa uma excelente oportunidade para testar a força da educação médica continuada, cientificamente embasada, e para mudar dogmas do passado. A difusão dessa prática e sua adoção nos manuais de conduta nos diferentes serviços e diretrizes das sociedades médicas é um marcador de qualidade da atenção e humanização do parto.

Abstract

To perform the episiotomy as a routine way was, for many years, a medical procedure used without base in any reliable clinical trials. It remains as the second most performed procedure in obstetrics, having as goal to prevent severe damage in the perineal muscle during natural childbirth and to reduce the delivery length. However, several well-controlled randomized clinical trials has been released to refute those beliefs in addition to provide level I evidence. Therefore, a systematic literature review was made including studies that compare the routine episiotomy to the selective episiotomy. The results showed that routine episiotomy does not protect the pelvic floor causing more pain, bleeding and surgical and post-surgical complications. Based in those results, there is no reason for the use of routine episiotomy. However, its use is still common in Brazil. The selective episiotomy use is an excellent form to analyze the continuous medical education based in scientific facts and change ancient beliefs. The propagation of this practice and its presence in routine manuals are indicative of attention quality and delivery humanization.

Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM), Maternidade Monteiro de Moraes da Universidade de Pernambuco (UPE) – Recife (PE), Brasil.

¹ Mestre em Tocoginecologia pelo Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros da Universidade de Pernambuco (UPE/CISAM) e Preceptora da Residência Médica em Medicina Fetal do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

² Pós-graduando (doutorado) em Saúde Materno Infantil pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP) e Supervisor da Residência Médica em Medicina Fetal do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).

³ Doutor em Tocoginecologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Professor adjunto do Departamento Materno Infantil da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco da Universidade de Pernambuco (FCM/UPE).

Endereço para correspondência: Cynthia Coelho Medeiros de Carvalho – Avenida Visconde de Jequitinhonha, 2.390 – apto. 1.901 – CEP 51030-020 – Boa Viagem – Recife (PE), Brasil – E-mail: cynthiacelho@ibest.com.br

Introdução

A episiotomia é definida como alargamento do períneo, realizada por incisão cirúrgica durante o último período do trabalho de parto, com tesoura ou lâmina de bisturi, requerendo sutura para sua correção. No passado, recomendou-se seu uso rotineiro com o objetivo de reduzir o período expulsivo e prevenir severos danos perineais em mulheres submetidas ao parto normal, diminuindo a ocorrência de toco-traumatismos¹(D).

Durante muitos anos, essa prática obstétrica foi difundida pelas principais escolas médicas, todavia, sem base em ensaios clínicos para se verificarem sua eficácia e importância¹(D). Nos últimos anos, muitos estudos consistentes, revisões sistemáticas e meta-análises evidenciaram que não há base científica para a manutenção dessa prática de rotina^{2,3}(A). Ao contrário, é questionado se sua realização traz aumento das complicações intra e pós-operatórias³(A).

Apesar das atuais recomendações sobre a realização da episiotomia seletiva, sua frequência continua bastante elevada. Não existe na literatura um consenso sobre qual seria sua frequência ideal em instituições de parto; porém, quando restringidas às indicações específicas, encontra-se que 20% seria um número razoável²(A). A Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere uma taxa ideal de episiotomia nos diversos serviços em torno de 10%, realidade em muitos países europeus⁴(D). Infelizmente, no Brasil, em alguns centros, a situação é ainda adversa, pois o procedimento é realizado em, aproximadamente, 94% dos partos vaginais⁵(B).

Salienta-se, portanto, a importância da educação médica continuada baseada em evidências como auxílio na quebra desses dogmas. É com esse objetivo que foram revisados, de forma sistematizada, as melhores evidências disponíveis pertinentes aos supostos benefícios percebidos para a episiotomia no passado, bem como aos seus efeitos nocivos.

Metodologia

Pesquisaram-se os bancos de dados Medline/Pubmed, LILACS/SciELO e biblioteca Cochrane, à procura de artigos nacionais, internacionais e das melhores evidências científicas disponíveis. Utilizou-se “episiotomia” como o descritor na língua portuguesa e inglesa.

A seleção inicial dos artigos foi realizada com base em seus títulos e resumos e, quando relacionados ao assunto, buscou-se o texto completo. Todos os artigos sobre episiotomia foram incluídos, não havendo critério de exclusão quanto ao desenho do estudo, tendo em vista a necessidade de uma revisão abrangente.

Os artigos utilizados nesta pesquisa se restringiram aos idiomas inglês, espanhol e português.

Foram pesquisados 545 artigos e, destes, selecionaram-se 25 para escrever a presente revisão, no período de 1980 a 2009. Deu-se prioridade aos artigos mais recentes, pois expõem aplicabilidades mais coerentes com a prática médica atual, e aos artigos com o maior nível de evidência. Na ausência de revisão sistemática e ensaios clínicos, artigos de menor evidência foram avaliados, além de revisões narrativas e consensos de sociedades médicas.

Histórico

Foi a partir do século 18 que o crescente interesse da Medicina pela reprodução humana fez com que o médico adentrasse o quarto de parir, reduto até então restrito às parteiras. Essa mudança gerou a incorporação da prática cirúrgica obstétrica. O parto passou a ser um evento médico, não natural ou fisiológico, tendo sua realização transferida dos domicílios para os hospitais⁶(D).

A episiotomia foi, pela primeira vez, proposta por Sir Fielding Ould, em seu livro *Treatise of Midwifery*, publicado no ano de 1742 na língua inglesa. Entretanto, somente em 1799, Michaelis relatou ter realizado uma incisão no períneo. O termo foi criado em 1857 por Carl Von Braun, em Viena⁷(D).

A incisão cirúrgica do períneo foi originalmente recomendada para auxiliar o médico em partos laboriosos. Contudo, começou a ser defendida rotineiramente pelo renomado obstetra Pomeroy, em 1918, no seu artigo. Deveríamos cortar e reparar o períneo de todas as primíparas? Outra indicação, sugerida por De Lee, em 1920, foi a utilização da episiotomia médio-lateral precoce diante da necessidade do fórcepe profilático⁸(D).

A justificativa habitual para o uso rotineiro da episiotomia inclui a prevenção do trauma perineal severo, danos do assoalho pélvico (retocele, ruptura do esfíncter anal e prolapso genital), incontinência urinária, disfunção sexual (dispareunia e ruptura perineal) e prevenção da morbidade e mortalidade infantil. Esse modelo foi adotado e ensinado pela obstetrícia brasileira como uma das condutas bem estabelecidas e universalmente aceitas, sendo quase sempre indispensável nas primíparas e nas multíparas, nas quais tenha sido anteriormente praticada⁶(D).

Fundamental para a reavaliação da episiotomia como prática rotineira foi a publicação do artigo de Thacker e Banta em 1983. Esses autores revisaram a literatura, de 1860 até 1980, sobre os benefícios da episiotomia, abrangendo mais de 350 artigos e livros e concluíram que não há evidências suficientes para sua recomendação, além de que, se as pacientes forem completamente informadas sobre os benefícios e riscos, é improvável

que consintam prontamente em realizar a episiotomia de forma rotineira¹(D).

Na Argentina, em 1993, foi realizado o primeiro ensaio clínico randomizado, comparando episiotomia seletiva com episiotomia rotineira. Os autores concluíram que a episiotomia rotineira deveria ser abolida, pois não atendia aos benefícios que a ela se atribuíam, sendo injustificável um índice superior a 30%²(A). Na América Latina, um estudo coordenado pelo Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP) em 122 hospitais de 16 países da região, incluindo o Brasil, analisou 94.472 partos vaginais espontâneos em primíparas, no período de 1995 a 1998. Encontrou-se uma taxa de 92,3% de episiotomia, considerada inadmissível pelo grupo de pesquisadores, concluindo-se haver necessidade de intervenção educacional para programar mudança dessa prática³(B). Em revisão sistemática encontrada na biblioteca Cochrane, que incluiu oito estudos (5.541 mulheres), concluiu-se que existem evidências para restringir o uso da episiotomia rotineira e estimular sua prática seletiva³(A).

Tipos de incisão

A incisão da episiotomia, quando necessária, pode ser lateral, médio-lateral e mediana. A lateral está contraindicada por causar extensas lesões do músculo elevador do ânus. A episiotomia médio-lateral é a mais comumente realizada, principalmente na América Latina e Europa, enquanto a incisão mediana é mais utilizada nos Estados Unidos, sendo considerada de maior facilidade de suturação e menor associação com dor no pós-parto e dispareunia. Todavia, é mais relacionada com lacerações do 3º e 4º graus¹⁰(D).

Na revisão sistemática disponibilizada na biblioteca Cochrane, que incluiu seis estudos com episiotomia médio-lateral e dois com episiotomia mediana, encontrou-se melhor resultado com a episiotomia seletiva quando comparado à rotineira³(A). Estudos que compararam os resultados da episiotomia médio-lateral com sua realização mediana foram excluídos desta revisão por possuírem baixa qualidade metodológica, sugerindo-se que o tipo de incisão fique na dependência da prática do obstetra e que novos estudos sejam realizados³(A).

Indicações de episiotomia

Não há, na literatura, a recomendação de abolir a episiotomia de uma forma geral, mas de restringi-la às pacientes com relação ao custo-benefício evidentes. A Organização Mundial de Saúde (OMS), em manual de assistência ao parto publicado em 1996, aconselha a realização da episiotomia em situações como

sofrimento fetal, progresso insuficiente do parto e lesão iminente de 3º grau do períneo⁴(D). Porém, essas situações não estão bem definidas, mesmo em indicações aparentemente inquestionáveis, como a iminência de laceração perineal¹¹(A).

Estudo conduzido com 109 pacientes primíparas comparou a episiotomia médio-lateral liberal (sem ser rotineira, mas com indicações amplas) à realizada com indicação restrita a parâmetros fetais e que não seria realizada por outras causas, mesmo na iminência de laceração. Nesse trabalho, a restrição ao uso da episiotomia apenas para indicações fetais permitiu um aumento significativo na frequência de períneos intactos de 29%, contra apenas 10% no grupo com indicação liberal. Além disso, observou-se uma menor frequência de episiotomia, de 77% no grupo liberal para 41% no grupo de episiotomia restrita. Também houve significativa redução nos escores de dor puerperal no grupo de episiotomia restrita. Os autores concluíram que a iminência de laceração não é indicação para episiotomia de rotina, pois não traz nenhum benefício demonstrável para a mãe ou o feto¹¹(A).

Em revisão sistemática da biblioteca Cochrane, questiona-se quais seriam as reais indicações da episiotomia, como parto operatório, parto pré-termo, parto pélvico, macrossomia ou ameaça de ruptura perineal grave, sugerindo que novos estudos randomizados sejam realizados para elucidação das verdadeiras indicações³(A).

Recente diretriz do *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) estabeleceu que os melhores dados disponíveis não apoiam o uso liberal ou rotineiro de episiotomia, porém destacam sua utilidade nos partos laboriosos e naqueles onde existe grande chance de lesão perineal grave¹²(D). A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) não recomenda a episiotomia rotineira e ressalta a importância de que, como todo procedimento cirúrgico, só deveria ser realizada com o consentimento, após informação, da parturiente¹³(D).

Proteção fetal

Os supostos benefícios propostos para o feto com a realização da episiotomia incluem proteção cranial, especialmente para prematuros, redução da asfíxia perinatal, melhores índices de Apgar, menor acidose fetal e redução de complicações na distocia de ombros. Apesar dessas alegações, poucos estudos estão disponíveis para apoiar qualquer uma delas¹⁴(A),¹⁵(B). Até mesmo a afirmação de que a episiotomia encurta o período expulsivo é questionada¹²(D).

Apesar do alargamento do espaço perineal sugerir uma menor chance de distocia de ombro, não há estudos conclusivos sobre tal situação¹²(D). Em revisão sistematizada, apenas um

estudo encontrado abordou essa questão e concluiu que o uso de episiotomia não tinha influência sobre a redução de distocia de ombro, além de, nessas pacientes, aumentar o risco de lesões graves do períneo¹⁴(C).

Em relação à prematuridade, não há evidências de que a realização de episiotomia seja necessária para a prevenção de tocotraumatismos fetais¹⁵(B). Ao contrário, o uso da episiotomia foi associado a aumento da taxa de contusões e abrasões cutâneas e não teve influência nas condições de nascimento, como índice de Apgar, acidose fetal ou admissão em unidade de cuidado intensivo neonatal¹⁵(B).

Em revisão sistemática da biblioteca Cochrane, que incluiu oito ensaios clínicos randomizados comparando a episiotomia seletiva e rotineira, apenas quatro avaliaram desfechos perinatais. Não se observou diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto ao índice de Apgar menor que sete no primeiro minuto (RR=1,04; IC95%=0,76-1,43) e necessidade de internamento na unidade de cuidado intensivo neonatal (RR=0,74; IC95%=0,46-1,19)³(A).

Parto operatório

A necessidade de realização de episiotomia em partos operatórios, como fórceps e vácuo extrator, antes era mandatória, porém, de acordo com revisões⁴(D) e estudo recente de maior nível de evidência¹⁶(A), seu uso tem sido questionado. Na realidade, a combinação de parto instrumental, particularmente o fórceps e episiotomia, resulta em aumento das lacerações graves de períneo, com possível comprometimento da função anal. Estudo recomenda que essa combinação potencialmente deletéria seja evitada¹⁷(B).

Em recente ensaio clínico randomizado realizado no Reino Unido, foram comparados dois grupos de pacientes que realizaram parto operatório. O primeiro, composto de 99 pacientes, realizou episiotomia rotineira e o segundo, composto de 101 pacientes, realizou incisão seletiva. Observou-se pouca diferença na ocorrência de lesão de esfíncter anal (rotineira: 8,1% *versus* seletiva: 10,9%; OR=0,72; IC95%=0,28-1,87), hemorragia pós-natal (36,4% *versus* 26,7%; OR=1,57; IC95%=0,86-2,86), sem diferença estatisticamente significativa. Lesões de períneo de 3º e 4º graus em 9,9% dos casos com episiotomia e 7,1% nas pacientes sem episiotomia, respectivamente (OR=1,44; IC95%=0,88-2,34), sem diferença significativa. O trauma neonatal (45,5% *versus* 43,6%; OR=1,08; IC95%=0,62-1,89), assim como a incontinência urinária (2% *versus* 4%) e fecal (2% *versus* 2%), infecção perineal (2% *versus* 1%) e prolongamento do tempo de internação hospitalar (22% *versus* 20%) também não apresentaram diferença significativa¹⁶(A).

Prevenção das lesões perineais

A maior indicação para realização da episiotomia rotineira e amplamente difundida foi a proteção do períneo no período expulsivo. Acreditava-se que o corte impedia a ruptura das fibras musculares que compõem o assoalho pélvico. Eis aqui o maior engano em relação à episiotomia. Um procedimento que se acreditava proteger, na verdade é, por si só, uma lesão de segundo grau^{1,4,12}(D).

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. Ressalta-se que as lesões dessa musculatura podem levar à incontinência urinária e fecal^{1,4,12}(D).

A lesão do esfíncter anal durante o parto é considerada o maior fator de risco para incontinência fecal na mulher. Após a lesão do esfíncter anal, aproximadamente 50% das mulheres desenvolvem algum tipo de complicação¹⁸(B). Em estudo observacional, realizado na Holanda, os principais fatores de risco para lesão anal foram primiparidade, parto operatório e macrossomia fetal. Ressalta-se que foi observado um fator protetor significativo para lesão do esfíncter anal com a realização da episiotomia médio-lateral nos partos operatórios, a vácuo-extração (OR=0,11; IC95%=0,09-0,13) ou fórceps (OR=0,08; IC95%=0,07-0,11)¹⁸(B). Entretanto, em estudos randomizados de maior evidência e revisões sistemáticas, essa suposta proteção foi afastada e os efeitos deletérios da realização da episiotomia rotineira foram confirmados^{2,3,16,19}(A).

Na avaliação do efeito da episiotomia sobre a manutenção da força muscular do assoalho pélvico e prevenção de distopias, como incontinência urinária e fecal ou prolapso genital, encontrou-se um estudo que incluiu 519 mulheres, distribuídas em um grupo de pacientes que foram submetidas à episiotomia médio-lateral e outro sem episiotomia. Os autores observaram não haver diferença entre os grupos quanto à ocorrência de distopias. Entretanto, no grupo com episiotomia, houve incidência significativamente maior de dispareunia (7,9% *versus* 3,4%; OR=2,43; IC95%=1,08-5,45) e dor puerperal (6,7% *versus* 2,3%; OR=3,09; IC95%=1,20-7,99). Os testes pressóricos mostraram significativa redução da força muscular nas pacientes submetidas à episiotomia. Concluiu-se que a episiotomia médio-lateral não previne a ocorrência de incontinência urinária e anal, prolapso genital e relaxamento pélvico, mas aumenta a dor e a dispareunia²⁰(B).

Quanto às lesões de 1º grau e de parede vaginal anterior, sabe-se que estão mais relacionadas com a realização de episiotomia seletiva; todavia, essas lesões são bem menos

prejudiciais à paciente, podendo nem sempre necessitar de correção cirúrgica^{16, 19}(A). Estudo retrospectivo realizado quatro anos após o parto comparando dois grupos de pacientes, episiotomia rotineira e seletiva, demonstrou não haver benefícios da episiotomia rotineira. De um total de 627 pacientes que responderam ao questionário, 320 faziam parte do grupo de episiotomia seletiva e 307 do grupo de episiotomia rotineira. Quatro anos após o parto, não houve diferença na prevalência de incontinência urinária (26 *versus* 32%), dor perineal (6 *versus* 8%) e dor durante a relação sexual (18 *versus* 21%) entre os dois grupos. Incontinência anal foi menos prevalente no grupo restritivo (11 *versus* 16%). A regressão logística confirmou que uma política de episiotomia de rotina foi associada a um risco de incontinência anal com quase o dobro do risco associado a uma política restritiva (OR = 1,84; IC95% = 1,05-3,22)²¹(B).

Outro estudo retrospectivo realizado com 3.887 pacientes demonstrou que a episiotomia esteve relacionada com injúrias ao assoalho pélvico, incontinência urinária e fecal e prolapso genital, sendo o único procedimento obstétrico realmente capaz de proteger dessas lesões o parto cesariano eletivo²²(B).

Em meta-análises encontradas na biblioteca Cochrane, comparando a episiotomia de rotina à seletiva, observou-se que esta resultou em menores taxas de trauma perineal grave (RR=0,67; IC95%=0,49-0,91), de necessidade de sutura (RR=0,71; IC95%=0,61-0,81) e de complicações (RR=0,69; IC95%=0,56-0,85). Entretanto, a episiotomia seletiva foi associada à maior frequência de trauma perineal anterior (RR = 1,84; IC95% = 1,61-2,10)³(A).

Proteção da função sexual

Estudo retrospectivo avaliou a função sexual após o parto e os autores concluíram que pacientes as quais permaneceram com o períneo íntegro ou tiveram lesões de primeiro grau retornaram antes às suas atividades (em torno de seis semanas) e com níveis de satisfação mais expressivos²³(B). A frequência aumentada de dispareunia no grupo de pacientes submetidas à episiotomia rotineira também colabora para negativa de proteção perineal nessas mulheres^{3,19}(A).

Complicações

Além da ausência de benefícios da episiotomia, várias são as complicações descritas na literatura, como aumento de hemorragia

pós-parto, prolongamento do uso de sondas urinárias, uso de anestésicos mais potentes, dor no período puerperal, maior tempo de internamento, formação de hematomas, infecção pós-natal, uso de antibióticos, incontinência fecal e urinária, formação de fístulas e dispareunia^{3,16}(A),^{15,24}(B).

Diante do exposto, estudo sugere que a realização da episiotomia gera um maior custo aos hospitais. Autores estimaram uma economia entre US\$ 6.50 e 12.50 por parto vaginal sem episiotomia no setor público. Assim, a estimativa para o Brasil seria de economia em torno de 15 a 30 milhões de dólares por ano, evitando-se as episiotomias desnecessárias²⁴(B).

Considerações finais

Estudos publicados fortalecem a evidência de que a episiotomia não deve ser realizada de forma rotineira. Seu uso deveria se restringir a situações clínicas específicas, de acordo com a determinação do serviço, pois, como já mencionado, não há consenso sobre quais seriam essas situações. Em algumas instituições, a episiotomia ainda é habitual, apesar dos dados disponíveis há mais de uma década. Há mais de 25 anos já se questionava o seu real valor e apenas recentemente este estudo refletiu nas recomendações da prática baseada em evidências, sugerindo a necessidade de intervenções para que ocorra mudança de comportamento na prática clínica diária.

Nos Estados Unidos, houve um declínio da realização de episiotomias de 60,9% em 1979 para 24,5% em 2004. Associada a essa queda também ocorreu uma diminuição das lesões do esfíncter anal relacionadas ao parto normal, menor número de partos operatórios e maior frequência de cesarianas, sugerindo a preferência por esta via de parto nas situações de trabalho de parto laborioso²⁵(B). O uso da episiotomia rotineira tem declinado em todo o mundo, desde que seu uso liberal passou a ser desencorajado. Todavia, ainda há muito a ser feito até se atingir os índices desejáveis.

Apesar da literatura discordante quanto à sua realização rotineira, ainda se encontra bastante dificuldade na implantação desse conhecimento aos profissionais de saúde. Essa resistência pode ser devida a hábitos antigos, influência da formação acadêmica ou temor de que sua não realização represente má assistência obstétrica.

Sugerem-se estudos para avaliar as dificuldades da implantação desses novos preceitos. A mudança de paradigmas é algo bastante laborioso, porém, extremamente importante para uma prática médica de qualidade, baseada em evidências.

Leituras suplementares

1. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretive review of the English language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv.* 1983; 38(6):322-38.
2. Argentine Episiotomy Trial Collaborative Group. Routine vs selective episiotomy: a randomised controlled trial. *Lancet.* 1993;342(8886-8887):1517-8.
3. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(1)CD000081.
4. World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. *Care in normal birth: a practical guide.* Geneva: WHO; 1996.
5. Diniz SG, Chacham AS. "The cut above" and "the cut below": the abuse of caesareans and episiotomy in São Paulo, Brazil. *Reprod Health Matters.* 2004;12(23):100-10.
6. Rezende J. *Obstetrícia: conceito, etimologia, propósitos, súmula histórica.* In: *Obstetrícia.* 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 1-27.
7. Schoon PG. Episiotomy: yea or nay. *Obstet Gynecol Surv.* 2001;56(11):667-9.
8. De Lee JB. The prophylactic forceps operation. *Am J Obstet Gynecol.* 1920; 1:34-44.
9. Althabe F, Belizán JM, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *BMJ.* 2002;324(7343):945-6.
10. Thacker SB. Midline versus mediolateral episiotomy. *BMJ.* 2000;320(7250): 1615-6.
11. Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004; 83(4):364-8.
12. American College of Obstetricians-Gynecologists. *ACOG Practice Bulletin. Episiotomy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists.* Number 71, April 2006. *Obstet Gynecol* 2006;107(4):957-62.
13. Brasil. Ministério da Saúde. *Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Manual Técnico.* Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
14. Gurewitsch ED, Donithan M, Stallings SP, Moore PL, Agarwal S, Allen LM, et al. Episiotomy versus fetal manipulation in managing severe shoulder dystocia: a comparison of outcomes. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191(3):911-6.
15. Macleod M, Strachan B, Bahl R, Howarth L, Goyder K, Van de Venne M, et al. A prospective cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery. *BJOG.* 2008;115(13): 1688-94.
16. Murphy DJ, Macleod M, Bahl R, Goyder K, Howarth L, Strachan B. A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study. *BJOG.* 2008; 115(13): 1695-702.
17. Kudish B, Blackwell S, Mcneeley SG, Bujold E, Kruger M, Hendrix SL, et al. Operative vaginal delivery and midline episiotomy: a bad combination for the perineum. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(3):749-54.
18. de Leeuw JW, de Wit C, Kuijken JP, Bruinse HW. Mediolateral episiotomy reduces the risk for anal sphincter injury during operative vaginal delivery. *BJOG.* 2008;115(1):104-8.
19. Rodriguez A, Arenas EA, Osorio AL, Mendez O, Zuleta JJ. Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third- or fourth-degree lacerations in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198(3):285.e1-4.
20. Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2004;103(4):669-73.
21. Fritel X, Schaal J, Fauconnier A, Bertrand V, Levat C, Pigné A. Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. *BJOG.* 2008;115(2):247-52.
22. Casey BM, Schaffer JJ, Bloom SL, Heartwell SF, McIntire DD, Leveno KJ. Obstetric antecedents for postpartum pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol.* 2005;192(5):1655-62.
23. Signorello LB, Harlow BL, Chekos AK, Repke JT. Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2001; 184(5):881-8.
24. Sosa CG, Althabe F, Belizán JM, Buekens P. Risk factors for postpartum hemorrhage in vaginal deliveries in a Latin-American population. *Obstet Gynecol.* 2009;113(6):1313-9.
25. Frankman EA, Wang L, Bunker CH, Lowder JL. Episiotomy in the United States: has anything changed? *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200(5):573.e1-7.