

## “A cultura da Carta ao Editor”

Carlos Antonio Barbosa Montenegro<sup>1</sup>  
Jorge Rezende Filho<sup>2</sup>

Senhor Editor,

Causou-nos enorme espécie citação ao capítulo sobre Assistência ao Parto do prestigiado livro de Obstetrícia “Rezende”, que teve sua primeira edição em 1962 e, até hoje, na sua 12ª edição, continua sendo o grande referencial formador de médicos obstetras no país, no artigo “A cultura da carta ao editor”<sup>1</sup>.

Os autores do editorial citam textualmente, no capítulo sobre Estudo Clínico do Parto, o 5º parágrafo que versa sobre a episiotomia, na página 251 da 11ª edição, já atualizada, de nosso livro. Talvez açodados, talvez maldosos, os autores tenham clamado pela necessidade de restringir as indicações de episiotomia, fazendo uma autocitação para tal legitimação. Todavia, bastaria avançar apenas mais três parágrafos que encontrariam no mesmo texto criticado a seguinte assertiva, que aqui transcrevemos a bem da verdade: “A episiotomia mediana está associada a maiores riscos de extensão para o reto e comprometimento do esfíncter externo do ano (lacerações do 3º e do 4º graus). Por outro lado, a episiotomia médio-lateral confere risco mais elevado de dor no pós-parto, perda sanguínea, dispareunia e dificuldade em efetivar o repouso apropriado. Os dados recentes não abalizam o uso rotineiro da episiotomia. A episiotomia profilática não resultou em benefício materno ou fetal”. A crítica a um texto é sempre bem-vinda e denota a liberdade de expressão democrática e científica, mas deve ser acompanhada por uma leitura minuciosa e profunda de todo o texto. Infelizmente, e notadamente entre aqueles acostumados pela leitura superficial de inúmeros artigos, resumos em especial, selecionando-se para melhor leitura apenas aqueles cujas conclusões adequam-se às ideologias filosóficas, esses cuidados não têm sido observados — o que lamentamos.

De modo interessante, é mais enfática ainda, quanto à episiotomia seletiva, a 9ª edição do tratado Obstetrícia, publicada em 2002, portanto há mais de 10 anos, mostrando a atualidade da obra, sua preocupação com a melhor assistência obstétrica e seu compromisso com o ensino obstétrico brasileiro. Nesse mister, cita mais de nove artigos que recomendam a episiotomia seletiva, bem indicada, quando ainda as metanálises se encorpavam, mostrando que essa obra é visionária e de atualização incontestável. Chama-nos atenção a lucidez com que o tema é apresentado naqueles idos que já vão longe: “não se há de esquecer que o tirocínio do obstetra, a habilidade

<sup>1</sup>Professor titular da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Membro titular da Academia Nacional de Medicina – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

<sup>2</sup>Professor titular da UFRJ; Chefe das Enfermarias 27 e 33 (Maternidade) da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.  
Endereço para correspondência: Jorge Rezende-Filho – Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro – 33ª Enfermaria (Maternidade) – Rua Santa Luzia, 206 – CEP: 20020-022 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil – E-mail: rezendef@terra.com.br

e cuidado dedicados à reconstituição da episiotomia são decisivos na qualidade dos resultados alcançados, e aqui, como de resto em qualquer aspecto da assistência ao parto, não se fará nada de modo sistemático: nem episiotomia em todos os casos, nem abstenção intransigente, assistindo, impassível, à dilatação, esgarçamento e rotura dessa importante região anatômica que é o períneo”.

De modo cristalino, a edição mais recente de nosso livro, a 12<sup>a</sup>, que já vai a lume há quase um ano, e é ignorada pelos editoriais, é clara em orientar que a episiotomia não deve ser feita de rotina, citando para isso recomendações da ACOG de 2006<sup>2</sup> e metanálise da Cochrane de 2009<sup>3</sup>, que não recomendam o uso liberal da episiotomia. Esperamos sinceramente que essa grave omissão tenha se devido à não-leitura da última edição, o que caberia, a nosso ver, uma retratação. Reconhecemos que as publicações de *Femina* têm demorado mais para ser publicadas, mas o surgimento de uma nova publicação, no caso a 12<sup>a</sup> edição do *Rezende-Obstetrícia*, obrigaria, no mínimo, em se tratando de pesquisadores zelosos, a solicitação para atualizar o referido editorial. Vale citar que o parágrafo incômodo nem mais faz parte da edição vigente, tornando a crítica ao capítulo obsoleta e despropositada.

Importante tecermos alguns comentários sobre o que é um livro (*Rezende Obstetrícia*) e um editorial (tipo de artigo escrito pelos dois autores) e sobre a história das recomendações em relação à episiotomia na medicina moderna. Um livro é revisão narrativa, na maioria das vezes. Revisões narrativas não têm grande rebuscamento na busca e seleção dos artigos, embora sejam comprometidas com uma escola obstétrica e sua filosofia. Quem quer o contrário tem que buscar artigos de metanálise e ensaios clínicos. O problema é que falta tempo para se ler metanálises sobre todos os temas e para isso servem os livros. Demais, há um lapso temporal entre os estudos serem publicados e um livro ser lançado. Jamais, um livro será a melhor fonte para o que há de mais recente em evidências sobre determinado assunto. É essa a função dos artigos e, mesmo eles, têm um atraso em relação ao que há de mais novo pelo tempo entre ser enviado e efetivamente publicado. Um editorial também não tem qualquer metodologia mais complexa para escolha das referências sofrendo forte pressão ideológica dos autores. Todos têm uma ideologia e opiniões e dificilmente conseguem livrar-se de suas paixões quando não há controle rígido disso — trata-se do conflito de interesses. Não será num editorial que se dará freio a isso. Mas é importante que as críticas sejam responsáveis e respeitem a ética. Portanto, realmente, esperamos muito que a falta de citação à edição mais recente do livro seja um esquecimento ou não leitura da edição mais atual por desconhecimento de seu lançamento ou do artigo ter sido feito antes do lançamento e não ter sido revisado depois, o que revela, no mínimo, desídia.

Muito importante também explicarmos que são recentes essas evidências mais robustas sobre ser uma ação carente de fortes evidências a episiotomia de rotina na assistência ao parto vaginal. Tomou força após a publicação da metanálise de Hartmann na *JAMA* em 2005<sup>4</sup>, tendo, a partir desse momento, passado a ser uma nova orientação. Tanto que, no ano seguinte, o ACOG lançou uma recomendação clara nesse sentido de não realizar episiotomia de rotina e, logo depois, surgiu uma metanálise da Cochrane em 2009 sobre o mesmo tema. Mas sempre se deixando latente que ainda não há estudos que fechem questão nesse tema, principalmente quando e em que casos ser feita. Como já explicado, um livro não tem o poder de estar atualizado na sua versão escrita de forma imediata.

Muito importante também ao escrever um artigo é conhecer o autor. A primeira autora é reconhecida internacionalmente como uma estudiosa de episiotomia e que propaga aos quatro ventos que a episiotomia jamais deve ser feita, como comprovado por *slides* de aulas suas e que não realiza episiotomia há 11 anos em diversos *sites* na internet. Essa ação também vai frontalmente contra as melhores evidências atuais disponíveis. Não há nenhum estudo bem delineado que embase não usar em caso algum a episiotomia. Importante também mostrar que vários estudos recentes com milhares de pacientes continuam a mostrar efeitos benéficos da episiotomia. Estudo de base populacional com mais de 500 mil mulheres publicado em 2013 concluiu que o uso de fórceps sem episiotomia é o maior fator de risco para lesões e traz um *odds-ratio* superior a seis para lesões do esfíncter anal<sup>5</sup>, sendo o risco de lesão diminuído ao se realizar a episiotomia. Notório que a autora do editorial cita em diversos artigos por ela escritos que a episiotomia não tem indicação formal no uso do fórceps. Não parece ser bem assim após se avaliar esses resultados. Outro estudo publicado em 2012 na prestigiada *Obstetrics & Gynecology* com dados de uma coorte mostrou que a episiotomia não está relacionada a quaisquer distúrbios do assoalho pélvico pesquisados<sup>6</sup>.

Estudo publicado em 2012 com mais de 25 mil mulheres demonstrou que uma política de uso liberal da episiotomia em primíparas provocou menos lacerações do esfíncter anal que seu uso restrito<sup>7</sup>. Esses resultados vão contra a metanálise da Cochrane de somente haver um uso restrito em situações em que haja necessidade dela. Infelizmente, essas situações não são explicitadas. E há diversos outros estudos que mostram benefícios no uso da episiotomia.

Foi citado o trabalho de Wax sobre partos domiciliares e as discussões que lhe sucederam. Esse estudo mostrou os riscos já sabidos por todos do parto domiciliar<sup>8</sup>. O autor recebeu uma enxurrada de críticas de militantes contra seus resultados — procuraram diversas falhas no estudo para desqualificá-lo; falhas essas todas relacionadas ao desenho dos estudos englobados, o que nos provoca grande estranheza é que essas mesmas pessoas que criticaram esse trabalho publicado em revista *top* internacional, louvam investigações péssimas que mostram resultados que igualam o parto domiciliar com o hospitalar e não citam as dezenas de defeitos neles presentes. Os ataques contra estudos que mostram vantagens da episiotomia, cesarianas, partos hospitalares e outros eventos relacionados com a tecnologia em medicina são reiteradamente atacados numa tática ofensiva xiita por militantes com claríssimos conflitos de interesse atuando por meio de ataques pessoais e nada científicos. Isso parece ser uma forma de tornar essa questão mais de fé que de ciência, afastando pessoas renomadas da questão por não quererem ter seu nome associado a polêmicas do politicamente correto. Sabe-se que é muito mais fácil atualmente publicar resultados favoráveis ao parto vaginal que à cesariana, por exemplo. Inclusive, as instituições públicas de fomento têm mais propensão a liberar verbas para grupos reconhecidamente contra o uso de tecnologia em excesso na saúde.

Interessante também notar que, geralmente, não citam que o parto vaginal está comprovadamente associado com o aumento de distopias pélvicas e incontinência urinária por esforço<sup>9</sup>. Portanto, uma forma de evitar-se esse problema, além do não uso liberal da episiotomia, seria a realização de cesarianas de forma geral. Mas isso não é sequer citado por esses grupos.

Nem tanto ao ar, nem tanto a terra. As paixões cegam os argumentos e fazem pesquisadores renomados parecerem militantes partidários. Até o surgimento de melhores evidências, o bom senso deve ser utilizado e deve-se avaliar caso a caso a real

necessidade da episiotomia. Isso pode e deve ser discutido antes com a gestante, mas não nos parece de bom alvitre exigir um consentimento informado e assinado previamente pela paciente, já que estamos falando de uma medida que deve ser usada numa situação de emergência para resolver uma intercorrência grave no parto. Seria o mesmo que exigir esse documento para se realizar uma cesariana caso haja um descolamento prematuro de placenta em feto vivo e longe do período expulsivo.

Esperamos com tais breves comentários trazermos esclarecimentos sobre o tema e mitigarmos em parte as críticas dirigidas ao mais ilustre livro da Obstetrícia brasileira. Cerramo-nos com a lúcida posição do tratado Obstetrícia de Williams<sup>10</sup> sobre a episiotomia — motivo da grande celeuma: “somos da opinião de que o procedimento seja aplicado de maneira seletiva para indicações apropriadas, como as indicações fetais — distocias de ombro e parto pélvico, partos a *forceps* ou com extrator a vácuo, posições de occipúcio posterior e os casos em que a não realização de episiotomia resulte em ruptura perineal. A regra final é que não existe substituto para o julgamento cirúrgico e o senso comum”. Para os mais recalcitrantes, vale a máxima que ensinamos aos mais moços ainda nos bancos escolares: “*En médecine, aussi comme en l’amour, on ne dit pas ni jamais ni toujours*”.

*Post scriptum* 1. Lamentamos se a referência bibliográfica número 1 foi descrita equivocadamente, pois no índice de Femina constam como autores do Editorial os seguintes: Melania Maria Ramos de Amorim, Alex Sandro Rolland Souza, Alexandre de Almeida Barra, Annamaria Massahud Rodrigues dos Santos, Cristovão Pinheiro de Barros, Daniel Sad Silveira, Débora Balabram, Karina Ferreira Soares, Silmara Teixeira Alves Trota. Todavia, no corpo da revista figuram apenas Melania Maria Ramos de Amorim e Alex Sandro Rolland Souza, que acreditamos serem os autores do editorial, e por isso citamos seu artigo dessa forma. Imaginamos ter havido falha, pois no artigo subsequente os referidos nomes não citados no corpo do editorial aparecem como autores de trabalho. Ademais, possuem associação com outra instituição, reforçando a hipótese do erro.

*Post scriptum* 2. Gostaríamos de salientar que desde o falecimento de Jorge de Rezende, em 2006, as edições subsequentes do seu livro foram assumidas, de modo estrênuo, por Carlos Antonio Barbosa Montenegro e Jorge Rezende-Filho. Assim, ao título Obstetrícia, foi incorporado o nome Rezende. Desse modo, ensinamos a forma correta de citar nosso livro: Montenegro CAB, Rezende-Filho J. Rezende Obstetrícia, em suas 11<sup>a</sup> e 12<sup>a</sup> edições. Especificamente em relação à referência número 12 citada no editorial, somos ainda mais precisos: Montenegro CAB, Braga A, Rezende-Filho J. Parto. Estudo clínico e Assistência. In: Montenegro CAB, Rezende-Filho J, editores. Rezende Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan/Gen; 11<sup>a</sup> edição. 2010. p. 251-2.

## Leituras suplementares

---

1. Amorim MMR, Souza ASR. A cultura da carta ao editor. Femina. 2013;41(1):1-4.
2. American College of Obstetrics and Gynecology. Practice Bulletin. Episiotomy. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists. Number 71. Obstet Gynecol. 2006;107(4): 957-62.
3. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2008. Oxford: Update Software, 2008.
4. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, Gartlehner G, Thorp J Jr, Lohr KN. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. JAMA. 2005;293(17):2141-8.

5. Ampt AJ, Ford JB, Roberts CL, Morris JM. Trends in obstetric anal sphincter injuries and associated risk factors for vaginal singleton term births in New South Wales 2001-2009. *Aust NZ J Obstet Gynaecol.* 2013;53(1):9-16.
6. Handa VL, Blomquist JL, McDermott KC, Friedman S, Muñoz A. Pelvic floor disorders after vaginal birth: effect of episiotomy, perineal laceration, and operative birth. *Obstet Gynecol.* 2012;119(2 Pt 1):233-9.
7. Zafran N, Salim R. Impact of liberal use of mediolateral episiotomy on the incidence of obstetric anal sphincter tear. *Arch Gynecol Obstet.* 2012;286(3):591-7.
8. Wax JR, Lucas FL, Lamont M, Pinette MG, Cartin A, Blackstone J. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(3):243.e1-8.
9. Handa V. Pelvic floor disorders following vaginal or cesarean delivery. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2012;24(5):349-54.
10. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Trabalho de parto e parto normais. In: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY (Ed.). *Obstetrícia de Williams.* Porto Alegre: Mc Graw Hill – Artmed; 23a. edição. 2012. p. 401.