

Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal**Evaluation and treatment of perineal pain in vaginal postpartum**Evaluación y tratamiento del dolor perineal en el posparto vaginal***Adriana Amorim Francisco¹, Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira²,
Jaqueline de Oliveira Santos³, Flora Maria Barbosa da Silva³****RESUMO**

Objetivos: Identificar a prevalência, intensidade e medidas terapêuticas de alívio da dor perineal, após o parto vaginal. **Métodos:** Estudo transversal realizado na Unidade de Alojamento Conjunto do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo e os dados foram colhidos por entrevista, junto a 303 puérperas que tiveram parto vaginal, com escala numérica (0 a 10) para avaliar a dor perineal, avaliação perineal e dados do prontuário. **Resultados:** A prevalência da dor perineal foi de 18,5%, com intensidade moderada (51,8%), associada à presença de episiotomia ($p=0,001$). Houve 303 partos vaginais; 80,5% apresentaram trauma perineal, 75,4% episiotomias e 24,6% lacerações. O analgésico oral foi o método mais utilizado para alívio da dor perineal. **Conclusão:** Há diversos tratamentos para o alívio da dor perineal; não há método com completa eficácia para a resolução do problema.

Descritores: Períneo; Dor; Período pós-parto; Cuidados de enfermagem

ABSTRACT

Objectives: To identify the prevalence, intensity and therapeutic measures for relief of perineal pain in the vaginal postpartum. **Methods:** Cross-sectional study in a University Hospital Rooming Unit of the University of Sao Paulo; data were collected through interviews with 303 postpartum women who delivered vaginally (numeric scale from 0 to 10) to assess: perineal pain, perineal assessment and medical record data. **Results:** The prevalence of perineal pain was 18.5%, with moderate intensity (51.8%) associated with presence of episiotomy ($p = 0.001$). There were 303 vaginal deliveries, 80.5% had perineal trauma, episiotomy, 75.4% and 24.6% lacerations. The oral analgesic was the method used to relieve perineal pain. **Conclusion:** There are several treatments for perineal pain relief and there are no effective methods for complete resolution of the problem.

Keywords: Perineum; Pain; Postpartum period; Nursing care

RESUMEN

Objetivos: Identificar la prevalencia, intensidad y medidas terapéuticas de alivio del dolor perineal en el posparto vaginal. **Métodos:** Estudio transversal realizado en la Unidad de Alojamiento Conjunto del Hospital Universitario de la Universidad de Sao Paulo; los datos fueron recolectados por medio de entrevista a 303 puérperas que tuvieron parto vaginal (escala numérica de 0 a 10) para evaluar: el dolor perineal, la evaluación perineal y los datos de la ficha médica. **Resultados:** La prevalencia del dolor perineal fue de 18,5%, con intensidad moderada (51,8%), asociada a la presencia de episiotomía ($p=0,001$). Hubo 303 partos vaginales; 80,5% presentaron trauma perineal, 75,4% episiotomías y 24,6% laceraciones. El analgésico oral fue el método más utilizado para aliviar el dolor perineal. **Conclusión:** Existen diversos tratamientos para el alivio del dolor perineal y no existen métodos con completa eficacia para la resolución del problema.

Descriptores: Perineo; Dolor; Periodo de posparto; Atención de enfermería

* Artigo derivado do Projeto de Iniciação Científica "Prevalência e fatores associados à dor perineal no pós-parto" do Grupo de Pesquisa "Enfermagem e assistência ao parto: modelos, agentes e práticas", Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP, São Paulo (SP), Brasil. Financiado pela Fundação de Apoio do Estado de São Paulo - FAPESP, São Paulo, (SP), Brasil.

¹ Programa de Iniciação Científica, Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo (SP), Brasil.

² Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo - USP São Paulo (SP), Brasil.

³ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo - USP São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

A ocorrência de traumatismos espontâneos ou cirúrgicos na região perineal é frequente após o parto normal e pode desencadear relevantes morbidades maternas. Segundo a literatura, existe uma relação direta entre a extensão e a complexidade da lesão perineal sofrida e as morbidades que afetam as mulheres no período do pós-parto⁽¹⁾, sobretudo relacionadas à episiotomia.

Entre as morbidades decorrentes da incisão cirúrgica realizada no introito vaginal durante o parto, existem as que podem ocorrer a curto prazo, tais como: sangramento vaginal, infecção, deiscência de sutura e hematoma que podem interferir no processo de amamentação, além de desencadear maior experiência dolorosa. A longo prazo, podem ocorrer dispareunia, incontinência urinária e fecal e problemas no assoalho pélvico⁽¹⁻³⁾.

Alguns desses problemas são relatados em estudo realizado com 1.573 mulheres nos Estados Unidos da América, entrevistadas dois meses após o parto, que reportou as queixas puerperais relacionadas à episiotomia no parto vaginal espontâneo. Nas múltiparas, observou-se que a intervenção foi associada a problemas intestinais ($p=0,001$), à dor perineal ($p<0,001$), à infecção perineal ($p<0,001$) e à interferência da dor nas atividades diárias ($p<0,001$)⁽⁴⁾.

As taxas de episiotomia variam consideravelmente, embora a Organização Mundial de Saúde⁽⁵⁾ recomende seu uso de maneira limitada, em cerca de 10% dos partos normais. No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006) apontam que, na última década, a episiotomia foi realizada em 70% dos partos normais⁽⁶⁾. Na Holanda, a taxa total de intervenção foi 8%, na Inglaterra 14%, nos Estados Unidos da América de 50% e nos países do Leste Europeu foi de 99%⁽⁷⁾.

Muitas vezes, a alta frequência da episiotomia é justificada como prevenção das lacerações perineais graves. Determinadas condições são referidas na literatura, como fatores de risco para a laceração espontânea grave do períneo, como o parto instrumental (aplicação do fórcepe ou extração a vácuo), a primiparidade, a posição litotômica, a rigidez dos tecidos perineais, a má adaptação de apresentação fetal na sínfise púbica, a posição anômala do feto, a macrossomia fetal e o desprendimento fetal rápido no período expulsivo⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Assim, o trauma na região perineal é um fator determinante para ocorrência de dor no períneo no pós-parto. Estudo mostrou que a dor perineal aumentou com a gravidade da lesão sete dias após o parto, no qual 38% das mulheres com períneo íntegro citaram dor versus 60% com laceração de primeiro e segundo grau e 91% com terceiro e quarto grau de laceração perineal⁽¹¹⁾. Recentemente, um estudo de coorte realizado com 241 mulheres no período puerperal identificou que 173 (92%)

das puérperas reportaram dor perineal no primeiro dia após o parto, independente do trauma perineal sofrido⁽¹²⁾.

Uma ampla pesquisa do tipo *survey* realizada dois meses, após o parto, revelou que a dor perineal foi citada pela maioria das mulheres submetidas ao parto instrumental, sendo 77% primíparas e 52% múltiparas, e 31% dos 73% das primíparas com parto vaginal espontâneo, tiveram episiotomia⁽⁴⁾.

Tratamentos medicamentosos e não medicamentosos vêm sendo investigados para controlar a dor perineal, após o parto vaginal. Tradicionalmente, analgésicos orais (anti-inflamatórios não esteroidais), anestésicos locais e banhos de assento frios e quentes são usados no cuidado pós-parto, para tratar lesões da região perineal.

No período puerperal, a presença de algia gera dificuldades para o exercício da maternidade e ao desenvolvimento das atividades cotidianas, como o autocuidado, a amamentação e o cuidado ao recém-nascido (RN), além de interferir no sono, no repouso, na movimentação, na micção, na evacuação e no apetite da puérpera⁽¹³⁻¹⁴⁾. Essas dificuldades podem causar importantes problemas físicos, psicológicos e emocionais que colaboram para experiências negativas do parto.

Embora seja uma das principais queixas das mulheres no período pós-parto, a dor perineal, geralmente, é desvalorizada pela própria puérpera, por sua família e pelos profissionais de saúde, pois nesse período, a atenção ao RN ganha prioridade, ao passo que as necessidades da mulher ficam em segundo plano^(13,15).

É prioritário que os profissionais de saúde que assistem as mulheres no período puerperal, identifiquem e valorizem as morbidades decorrentes do parto normal, em especial, a presença da dor. A identificação da ocorrência da dor perineal espontânea e os métodos empregados para seu alívio são considerados importantes para minimizá-la, oferecendo à mulher a possibilidade de vivenciar a maternidade de forma positiva e prazerosa. Nesse sentido, os objetivos deste estudo foram identificar a prevalência e a intensidade da dor perineal no pós-parto, durante o período de internação hospitalar e verificar a utilização de medidas terapêuticas para seu alívio.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, com coleta de dados prospectiva sobre a ocorrência e o tratamento da dor perineal no período puerperal. Foi realizado na Unidade de Alojamento Conjunto (AC) do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). Nesse hospital, o RN, após ser avaliado, é liberado pelo médico neonatologista, é encaminhado com a mãe ao AC, onde são prescritos às puérperas: diclofenaco de sódio 50 mg e um composto de dipirona sódica, adifenina e prometazina, ambos como um comprimido a cada oito horas, se necessário; dipirona 30 gotas; e como tratamento

tópico: um spray anestésico composto de benzocaína, mentol, cloreto de benzetônio e benzoxiquina, a cada seis horas, se necessário. Excepcionalmente, é utilizado anti-inflamatório não esteroide. Além disso, são empregados o banho de assento e a bolsa de gelo. Em geral, a alta hospitalar ocorre com 60 horas após-parto.

A população deste estudo compôs-se por 303 puérperas internadas, entre janeiro e março de 2007, no AC do HU-USP. A amostra foi definida por conveniência, conforme a disponibilidade das puérperas em participar do estudo, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: idade superior a 15 anos; ter tido parto vaginal (normal ou fórcepe); gestação única, feto vivo e a termo, sem intercorrências clínicas ou obstétricas, durante o período de coleta dos dados. As mulheres foram selecionadas pelo Livro de Admissão, onde constam informações sobre o tipo, a data e o horário do parto, além do nome e número do leito da puérpera. Com o acesso a essas informações, a mulher foi localizada e informada da finalidade do estudo e que sua participação era voluntária.

Após a concordância e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pela mulher, iniciou-se a coleta de dados, realizada por uma das pesquisadoras, de segunda a sexta-feira, em local privativo do AC/HU-USP. Para a coleta de dados, foram usados: a entrevista para avaliar a dor perineal espontânea, a análise do prontuário e o exame da região perineal. Aplicou-se um formulário composto de dados, como: identificação da mulher, dados obstétricos, queixas álgicas, tratamento medicamentoso e não medicamentoso para alívio da dor e informações referentes à entrevista e ao exame da região perineal.

No estudo, considerou-se como nulípara a mulher sem parto pregresso e múltipara, aquela com um ou mais partos anteriores por ocasião da admissão.

Para avaliar a intensidade da dor perineal, foi utilizada a escala numérica de 11 pontos, adotando-se a classificação de dor: zero - ausência; 1 a 3 - leve; 4 a 6 - moderada; 7 a 9 - forte; 10 - insuportável. A avaliação da dor ocorreu no período entre duas horas pós-parto e a alta hospitalar, em uma entrevista na qual a mulher era questionada da seguinte maneira: "você sente alguma dor na região do períneo agora?" Caso a resposta fosse afirmativa, era aplicada a referida escala numérica.

A inspeção da região perineal ocorreu em local privativo, com a mulher em posição ginecológica. Esta avaliação foi realizada nas mulheres que citaram dor perineal. A régua Peri-ruleTM* foi usada para avaliar a extensão da episiotomia, medindo-se externamente na pele a partir da região da fúrcula em direção ao término da incisão.

A análise estatística descritiva e comparativa foi realizada, empregando-se o programa SPSS for Windows versão 10.0. A associação entre o tipo de

trauma e a ocorrência de dor perineal foi verificada com o teste Qui-quadrado. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HU-USP, com o registro n.º 698/06.

RESULTADOS

Participaram do estudo 303 mulheres que tiveram partos vaginais na instituição no período da coleta de dados. Aproximadamente, 40% das puérperas estavam na faixa etária entre 20 e 24 anos, com média de $24,3 \pm 5,9$ anos, mediana de 23 anos e valores mínimo e máximo de 15 e 43 anos, respectivamente. Predominaram mulheres com a cor branca (71%) e múltiparas (51,8%), e a maioria (67,3%) teve parto normal (Tabela 1).

Tabela 1 – Puérperas, segundo faixa etária, cor, paridade e tipo de parto. Hospital Universitário da USP, 2007.

Variável	n	%
Faixa etária (anos)		
≤19	65	21,4
20-24	120	39,6
25-29	59	19,5
>30	59	19,5
Cor da pele		
Branca	215	71,0
Outras	77	25,4
Preta	11	3,6
Paridade		
Nulípara	146	48,2
Múltipara	157	51,8
Tipo de Parto		
Normal	204	67,3
Fórcepe	99	32,7
Total	303	100

Entre as 303 puérperas participantes, constatou-se que 244 (80,5%) apresentaram algum tipo de trauma perineal e 59 (19,5%) mantiveram a integridade da região preservada. O traumatismo mais frequente no períneo foi a episiotomia (75,4%), e em nove casos, houve a ocorrência simultânea da intervenção e laceração perineal (Tabela 2).

A extensão da episiotomia variou de 2 a 5 cm, com média de 3,2 cm, desvio-padrão 0,9 cm e mediana de 3 cm. Na instituição, a sutura do trauma perineal é realizada com fio categute zero simples.

Dentre as 303 mulheres com partos vaginais, a prevalência da dor perineal no puerpério foi de 18,5% (56 participantes). O tempo decorrido, após o parto em que a dor foi identificada, variou de 1,9 a 97,7 h; com média de $27,7 \pm 19,6$ h e mediana de 23,1 h. Vale ressaltar que algumas puérperas permaneceram internadas por mais tempo, em razão do tratamento fototerápico do bebê.

* <http://www.peri-rule.bham.ac.uk/>

Tabela 2 – Tipo de trauma perineal entre as puérperas. Hospital Universitário da USP, 2007.

Trauma perineal	n	%
Episiotomia	184	75,4
Laceração espontânea	60	24,6
Grau I	39	16,0
Grau II	20	8,2
Sem registro	1	0,4
Total	244	100

A intensidade da dor perineal espontânea referida foi predominantemente moderada (51,8%), com média de $4,8 \pm 1,9$, mediana de 4,5 e valor mínimo de 2 e máximo de 10. Onze mulheres (19,6%) referiram-na como dor forte ou insuportável (Tabela 3). Destaca-se que as mulheres submetidas ao parto fórcepe mencionaram dor perineal com maior frequência (41,1%) comparado com o parto espontâneo, entretanto, sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,138$).

Tabela 3 – Tempo decorrido, após o parto para referência de dor perineal e intensidade da dor perineal referida. Hospital Universitário da USP, 2007.

Variável	n	%
Tempo após o parto (h)		
< 24	30	53,6
24 a 48	18	32,1
> 48	8	14,3
Intensidade da dor		
Leve (1 a 3)	16	28,6
Moderada (4 a 6)	29	51,8
Forte (7 a 9)	9	16,0
Insuportável (10)	2	3,6
Total	56	100

Ao analisar a frequência da dor perineal associada ao tipo de trauma, constatou-se que as puérperas com episiotomia apresentaram percentagem significativamente maior de dor na região comparada ao grupo sem dor (80,4% contra 56,3%), sendo a diferença estatisticamente significativa. Entretanto, não houve diferença estatística entre mulheres com dor perineal e ocorrência de laceração perineal espontânea (Tabela 4).

Convém acrescentar que, das 56 puérperas com dor no períneo, 42,9% delas tiveram alterações perineais, destacando-se a ocorrência de edema em 37,5%, hiperemia em 5,4% e equimose em 3,6%.

Vinte mulheres (35,7%) não receberam nenhum método para alívio da dor perineal.

Dentre as 35 mulheres que receberam tratamento medicamentoso para alívio da dor, 29 foram medicadas por via oral com Dipirona Sódica, Diclofenaco de Sódio ou spray anestésico tópico; cinco utilizaram o spray anestésico e, em uma puérpera foi administrado um anti-inflamatório não esteroide, por via endovenosa.

Tabela 4. Puérperas com e sem dor perineal, segundo tipo de trauma perineal. Hospital Universitário da USP, 2007.

Variável	Dor perineal				Total	p-valor*
	Não		Sim			
	n	%	n	%		
Sem laceração espontânea	187	75,7	47	83,9	234	0,185
Com laceração espontânea	60	24,3	9	16,1	69	
Com episiotomia	139	56,3	45	80,4	184	0,001
Sem episiotomia	108	43,7	11	19,6	119	
Total	247	100	56	100	303	

*Teste Qui-quadrado

Tabela 5 – Tipo de tratamento para dor perineal pós parto durante internação hospitalar. Hospital Universitário da USP, 2007.

Tipo de Tratamento	n	%
Farmacológico	35	59,3
Oral	29	49,2
Tópico	5	8,5
Endovenoso	1	1,8
Não	24	40,7
Total*	59	100
Não medicamentoso	13	23,2
Ducha morna	11	19,6
Gelo	2	3,6
Não	43	76,8
Total	56	100

* Duas mulheres tiveram mais de um medicamento prescrito.

Vale comentar que, embora as mulheres estivessem medicadas, 13 delas também foram submetidas aos métodos não medicamentosos para alívio da dor perineal, que correspondeu a 23,2% das 56 que citaram algia na região. Entre essas, o calor tópico foi a técnica mais empregada (11) e o gelo foi aplicado em apenas duas mulheres.

DISCUSSÃO

Em relação à caracterização das mulheres, constatou-se que a maioria (61%) era jovem com menos de 25 anos. Estudo realizado no mesmo hospital com 100 puérperas também encontrou resultados semelhantes aos atuais⁽¹³⁾. Houve predomínio da cor branca (71%), seguida de outras (25,4%), como a parda (24,7%) e amarela (0,7%) (estes dados não constam da tabela), resultados similares aos de outras pesquisas realizadas em nosso meio^(9, 16).

A distribuição das puérperas, segundo os antecedentes obstétricos, apontou praticamente o mesmo número de múltiparas e nulíparas. Alguns estudos observaram taxas mais elevadas de traumatismo perineal em primíparas quando comparadas com mulheres com

partos anteriores⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Pesquisa desenvolvida no Canadá apontou que as primíparas apresentaram maior probabilidade de dor perineal em relação às multíparas, nos primeiro e sétimo dias e na sexta semana depois do parto (RR=0,9; 0,7; 0,3; respectivamente). O escore de dor entre elas também foi maior, mostrando diferença estatística ($p=0,05$)⁽¹¹⁾.

Quanto ao tipo de parto, observou-se, aproximadamente, o dobro de partos normais comparados ao fórcepe (67,3% versus 32,7%). Verificou-se que as mulheres submetidas ao parto fórcepe referiram dor perineal com maior frequência (41,1%), contudo esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p=0,138$). Pesquisa que comparou o parto vaginal instrumental com o parto vaginal espontâneo identificou que a dor perineal foi mais mencionada pelas mulheres com parto instrumental (77% nas primíparas e 52%, entre as multíparas)⁽⁴⁾. As informações indicam que o uso de fórcepe pode resultar em maior dor perineal a puérperas.

Com relação ao trauma perineal, constatou-se que a maioria (80,5%) das puérperas apresentou algum tipo de lesão. A episiotomia foi realizada em 75,4% das mulheres, seguidas por 24,6% de lacerações espontâneas (16% de primeiro grau e 8,2% de segundo). Trabalhos, conduzidos anteriormente no HU-USP, apresentaram resultados coincidentes^(13,19), com taxas de 75% e 76,3% de episiotomia, 19% e 13,1% de lacerações, 6% e 10,6% de períneo íntegro, respectivamente.

Em contraponto, estudo desenvolvido no Centro de Parto Intra-hospitalar do Hospital Geral de Itapeperica da Serra, com amostra probabilística de 830 prontuários de mulheres com parto normal assistido por enfermeiras obstétricas, a taxa de episiotomia foi de 26,5% e a de lacerações perineais de 73,5%⁽²⁰⁾. Outra pesquisa realizada na Universidade do Novo México, com 444 mulheres que tiveram parto normal assistido por enfermeiras obstétricas, observou 20% de casos de períneo íntegro, 61,3% de laceração de primeiro grau e 18,7% de segundo⁽²¹⁾.

A Organização Mundial de Saúde⁽⁵⁾ defende a prática criteriosa e a avaliação individual para a realização de episiotomia, indicando que roturas de primeiro e segundo graus resultam em menor morbidade à mulher. A revisão sistemática da Biblioteca Cochrane que comparou o uso restritivo e o rotineiro da episiotomia, concluiu que a restrição do procedimento está associada ao menor risco de trauma perineal posterior (OR=0,88; IC de 95%=0,84-0,92), menor necessidade de sutura (OR=0,74; IC de 95%=0,71-0,77) e menos complicações na cicatrização (OR=0,69; IC de 95%=0,56-0,85). Não houve diferença estatística quanto à laceração perineal grave, dispareunia, incontinência urinária e nos escores de medida de dor intensa⁽³⁾.

Uma das justificativas para as elevadas proporções de episiotomia observadas no atual estudo, está relacionada à instituição ser campo de ensino prático, onde os profissionais realizam esse procedimento para

seu aprendizado. Outro fator associado ao uso rotineiro da intervenção, foi a posição litotômica, adotada pela instituição, na qual o dorso materno permanece na horizontal, com as coxas fletidas, abduzidas e sustentadas por perneiras, responsáveis pelo aumento na tensão do períneo durante a passagem do feto pelo canal do parto.

Segundo a revisão sistemática da Biblioteca Cochrane que comparou as diferentes posições durante o período expulsivo, a posição vertical ou lateral quando comparada com a supina ou litotômica está associada à menor duração do período expulsivo (média 4,28 min; 95% IC=2,93 - 5,63 min), à redução de episiotomia (RR=0,83; 95% IC=0,75 - 0,92), ao aumento das lacerações de segundo grau (RR=1,23; 95% IC=1,09 - 1,39), à redução do relato de dor severa no segundo período do parto (RR=0,73; 95% IC=0,60 - 0,90), à baixa frequência de batimentos cardíacos fetais alterados (RR=0,31; 95% IC=0,08 - 0,98) e ao aumento na perda sanguínea estimada maior que 500 ml (RR 1,63; 95% IC=1,29 - 2,05)⁽²²⁾.

Nesta pesquisa, 303 puérperas incluídas, só 56 (18,5%) referiram dor perineal. Para 53,6% destas, a sensação dolorosa ocorreu predominantemente nas primeiras 24 h após o parto, com média de 27,7±19,6 h. Estudo longitudinal conduzido no mesmo local revelou que 32,9% das mulheres mencionaram dor perineal nas primeiras 24 h de pós-parto, 26,3% entre 56 e 60 h e 28,1% no 10º dia de puerpério. Ao longo dos 10 primeiros dias, a dor persistiu como principal queixa algica, apresentando maior média de intensidade, entre 20 e 24 h pós-parto⁽¹³⁾.

A literatura científica aponta que a dor perineal pode surgir, desde as primeiras horas após o parto e persistir até alguns meses depois. Alguns estudos encontraram 9,8% de mulheres referindo dor perineal no período de Greenberg⁽²⁾, 92% nas primeiras 24 h do puerpério, 7% com seis semanas⁽¹¹⁾ e 48% dois meses após o parto⁽⁴⁾. Estudo desenvolvido pelo Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Novo México identificou dor perineal na alta hospitalar (98%), com seis semanas (61%) e três meses, após o parto vaginal com 79%⁽²³⁾.

Comparando nossos resultados com os estudos citados anteriormente, observou-se menor proporção de mulheres que referiram dor perineal, após o parto. Contudo, a dor foi relacionada à presença de episiotomia ($p<0,001$), corroborando com dados de outro trabalho⁽⁴⁾.

A intensidade da dor perineal foi predominantemente moderada, 4 a 6 na escala numérica, para 51,8% das puérperas, com escore médio de 4,8. Dados semelhantes a de outros estudos realizados em nosso meio, obtiveram média de 4,2; 5,0 e 5,5 na escala numérica de dor, respectivamente^(2,13,15).

A realização frequente da episiorrafia com a técnica de sutura intermitente, utilizando o catagute zero simples também pode ser outro fator que contribui para a ocorrência de dor perineal, visto que, segundo a literatura, o tipo de

material e a técnica de sutura empregados no reparo perineal podem ser determinantes da dor no períneo e da dispareunia⁽²⁴⁾. Estudo que comparou dois tipos de sutura perineal – técnica convencional e experimental, utilizando pontos contínuos na mucosa, músculo e plano intradérmico – apontou vantagens na utilização da poliglactina (Vicryl®) comparada ao catégute, mostrando que a primeira tem absorção mais rápida, causando menos desconforto e inflamação local⁽²⁾. Corroborando tal informação, a revisão sistemática apontou que mulheres com o períneo suturado com poliglactina mostraram menor ocorrência de dor nos 3 primeiros dias após o parto (OR=0,62), menor necessidade de analgesia (OR=0,63) e menos deiscência de sutura (OR=0,45) comparada ao catégute⁽²⁵⁾.

Apesar da dor perineal reportada por 56 mulheres observou-se que pouco mais da metade (59,3%) delas recebeu tratamento medicamentoso, destacando-se o uso de analgésicos ou anti-inflamatórios orais e anestésico tópico. Pesquisa descritiva recente desenvolvida em uma maternidade particular da cidade de São Paulo apontou que a quase totalidade das 130 (98,5%) puérperas participantes do estudo recebeu medicamentos para alívio da dor perineal; destas, 91,5% foram medicadas com anti-inflamatórios não esteroides, 88,5% com analgésicos orais, 54,6% utilizaram anestésico tópico e 16,1% opioides⁽²⁶⁾.

Segundo a literatura, o tratamento medicamentoso com analgésicos orais requer cuidados que devem ser considerados. O paracetamol (acetaminofeno) é o analgésico oral de escolha para dor perineal leve, pois possui propriedades analgésicas úteis e, praticamente, não tem efeitos adversos indesejáveis. Quando o paracetamol não é efetivo, o anti-inflamatório não esteroide pode ser o mais apropriado, pois é quase isento de efeitos colaterais e a excreção no leite é muito pequena⁽²⁴⁾. Revisão sistemática para avaliar a eficácia analgésica de uma única dose de dipirona para dor pós-operatória de moderada a grave mostrou eficácia similar entre a dipirona e o ibuprofeno para alívio da dor, apresentando náusea, desconforto gástrico e sonolência, como principais efeitos colaterais⁽²⁷⁾.

Com relação aos medicamentos tópicos, a revisão sistemática desenvolvida pela Biblioteca Cochrane concluiu que não houve benefícios claros na redução da dor perineal, utilizando os anestésicos tópicos, sugerindo que mais pesquisas sejam desenvolvidas para que possam ser empregadas na prática clínica⁽²⁸⁾.

Dentre os recursos não medicamentosos para alívio da dor perineal, foram empregados na instituição a aplicação tópica de gelo e calor; entre os efeitos analgésicos dos métodos físicos (calor e frio), estão o relaxamento muscular e a ativação do sistema supressor de dor por meio da estimulação do sistema sensitivo-discriminativo que inibe a condução da formação nociceptiva⁽²⁹⁾.

Uma revisão de literatura que analisou ensaios clínicos randomizados e quase randomizados sobre a eficácia e a

aceitabilidade do tratamento com frio para atenuar os efeitos do trauma perineal revelou dificuldades na análise, pois os trabalhos apresentavam dados limitados, e estudavam diferentes desfechos em distintos períodos com diversos métodos de resfriamento. Os autores sugeriram que o resfriamento pode reduzir a resposta inflamatória e minimizar o nível da dor perineal reportada pelas mulheres, mas é necessário o desenvolvimento de mais pesquisas científicas para comprovar sua eficácia no alívio da dor⁽³⁰⁾.

Revisão sistemática que avaliou a eficácia e os efeitos locais da crioterapia no alívio da dor perineal, descreve que as bolsas de gelo aliviam a dor de 24 a 72 h, após o parto quando comparadas com a ausência de tratamento (RR 0,61; IC 0,41 -0,91). No entanto, o estudo também sugere que mais pesquisas sejam desenvolvidas para apoiar a eficácia do tratamento⁽³¹⁾. Com relação à aplicação de compressas aquecidas ou utilização do banho de assento aquecido, tal conduta ainda está baseada somente em observações clínicas, não havendo nenhum respaldo científico que comprove sua eficácia⁽²⁴⁾.

Apesar da frequente aplicação de métodos não medicamentosos para alívio da dor perineal, observa-se uma lacuna na literatura de ensaios clínicos controlados e randomizados de qualidade para apoiar a indicação de uma terapêutica ideal para tal fim. A grande variedade de tratamentos usados no alívio da dor perineal reflete a incapacidade de um único método para a completa eficácia na resolução do problema. Evitar o uso rotineiro da episiotomia e oferecer à mulher a possibilidade de dar à luz em posição não litotômica pode auxiliar na preservação da integridade perineal e, portanto, na diminuição de queixa da dor, após o parto vaginal.

CONCLUSÃO

Dentre as 303 mulheres que tiveram partos vaginais, a prevalência da dor perineal no puerpério foi de 18,5%, e sua intensidade espontânea referida foi predominantemente moderada. Puérperas com episiotomia apresentaram percentagem significativamente maior da dor na região comparada ao grupo sem dor. Métodos medicamentosos para alívio da dor perineal foram empregados em 56 puérperas que referiram dor durante o período de internação e 23,2% delas receberam também tratamento não medicamentoso.

Na instituição campo do estudo, constatou-se que algumas práticas obstétricas no parto continuam sendo adotadas mesmo com poucas evidências para apoiar seu uso, tais como ocorrência de fórcepe, episiotomia, sutura com catégute e posição litotômica materna no período expulsivo.

Embora a maioria das puérperas tenha recebido tratamento, observou-se a ocorrência da dor perineal após o parto vaginal, com intensidade predominantemente moderada, sendo associada à presença de episiotomia. Foram empregados métodos medicamentosos e não

medicamentosos para alívio desse desconforto, destacando-se o uso do calor tópico, apesar da ausência de evidências científicas que subsidiem seu emprego. O controle da dor é mais eficaz quando engloba intervenções múltiplas que podem agir sobre os vários componentes da dor. Terapias não medicamentosas devem ser oferecidas para minimizar a dor, considerando a não

interferência no processo da lactação.

Como o enfermeiro é o profissional que permanece grande parte do tempo ao lado da mulher, é imprescindível o desenvolvimento de competências e habilidades para detecção e tratamento adequado da dor referida durante o puerpério, garantindo, assim, a qualidade da assistência de enfermagem e a satisfação da mulher com a maternidade.

REFERÊNCIAS

- Albers LL, Borders N. Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth. *J Midwifery Womens Health*. 2007;52(3):246-53.
- Almeida SFS, Riesco MLG. Randomized controlled clinical trial on two perineal trauma suture techniques in normal delivery. *Rev Latinoam Enferm*. 2008;16(2):272-9.
- Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(1):CD000081. Review.
- Declercq E, Cunningham DK, Johnson C, Sakala C. Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: results of a national survey. *Birth*. 2008;35(1):16-24.
- Organização Mundial de Saúde. *Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 1996.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. PNDS 2006: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. Relatório. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. [citado 2009 fev. 2]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_pnds_2006.pdf
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Methods and materials used in perineal repair. Guideline nº 23*. Londres: RCOG Press; 2004.
- Aytan H, Tapisiz OL, Tuncay G, Avsar FA. Severe perineal lacerations in nulliparous women and episiotomy type. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005;121(1):46-50.
- Scarabotto LB, Riesco MLG. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(3):389-95.
- Dahlen HG, Homer CS, Cooke M, Upton AM, Nunn R, Brodrick B. Perineal outcomes and maternal comfort related to the application of perineal warm packs in the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Birth*. 2007;34(4):282-90. Comment in: *Birth*. 2008;35(2):167.
- Macathur AJ, Macathur C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;191(4):1199-204.
- Andrews V, Thakar R, Sultan AH, Jones PW. Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia—a prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008;137(2):152-6.
- Alexandre CW. *Prevalência, características e impacto da dor no cotidiano da puérpera* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2002.
- Riesco MLG, Oliveira SMJV. Avaliação do edema perineal no pós-parto: concordância entre observadores. *Rev Gaúch Enferm*. 2007;28(4):465-72.
- Pitanguí ACR, Sousa L, Ferreira CHJ, Gomes FA, Nakano AMS. Mensuração e características da dor perineal em primíparas submetidas à episiotomia. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(1):77-82.
- Beleza ACS, Nakano AM, Santos CB. Práticas obstétricas: fatores de risco para o trauma perineal no parto. *Femina*. 2004;32(7):605-10.
- Sheiner E, Levy A, Walfisch A, Hallak M, Mazor M. Third degree perineal tears in a university medical center where episiotomies are not performed. *Arch Gynecol Obstet*. 2005;271(4):307-10.
- Albers LL, Greulich B, Peralta P. Body mass index, midwifery intrapartum care, and childbirth lacerations. *J Midwifery Womens Health*. 2006;51(4):249-53.
- Oliveira SMJV, Miquilini EC. Frequência e critérios para indicar a episiotomia. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(3):288-95.
- Schneck CA. *Intervenções obstétricas no Centro de Parto Normal do Hospital Geral de Itapeceira da Serra-SECONCI-OSS: estudo descritivo* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004.
- Leeman LM, Rogers RG, Greulich B, Albers LL. Do unsutured second-degree perineal lacerations affect postpartum functional outcomes? *J Am Board Fam Med*. 2007;20(5):451-7.
- Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth R. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000;(1): CD002006.
- Leeman L, Fullilove AM, Borders N, Manocchio R, Albers LL, Rogers RG. Postpartum perineal pain in a low episiotomy setting: association with severity of genital trauma, labor care, and birth variables. *Birth*. 2009;36(4):283-8.
- Dor e desconforto perineal. In: Enkin MW, Keirse MJNC, Neilson JP, Crowther CA, Duley L, Hodnett ED, Jofmeyr GJ. *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 243-7.
- Kettle C, Johanson R. Absorbable synthetic versus catgut suture material for perineal repair. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000(2):CD000006. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;6:CD000006
- Hasegawa J, Leventhal LC. Pharmacological and non pharmacological treatment for relief of perineal pain after vaginal delivery. *Einstein (São Paulo)*. 2009;7(2):194-200.
- Edwards JE, Meseguer F, Faura CC, Moore RA, McQuay HJ. Single-dose dipyron for acute postoperative pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(3):CD003227. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;9:CD003227.
- Hedayati H, Parsons J, Crowther CA. Topically applied anaesthetics for treating perineal pain after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD004223. Review.
- Teixeira MJ, editor. *Dor no Brasil: estado atual e perspectivas*. São Paulo: Limay; 1995.
- Steen M, Briggs M, King D. Alleviating postnatal perineal trauma: to cool or not to cool? *Br J Midwifery*. 2006;14(5):304-6, 308.
- East CE, Begg L, Henshall NE, Marchant P, Wallace K. Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(4):CD006304.