



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 12, Issue, 03, pp. 54808-54813, March, 2022

<https://doi.org/10.37118/ijdr.24173.03.2022>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

FATORES ASSOCIADOS À DOR PERINEAL NO PÓS-PARTO VAGINAL IMEDIATO

Camila Maria Mendes Nascimento^{1,*}, Jéssica Maria Nogueira de Souza¹, Alianny Raphaely Rodrigues Pereira², Cláudia da Silva Sales², Maíra Florentino Pessoa³, Helga Cecília Muniz De Souza³, Maria Das Graças Paiva⁴, Juliana Netto Maia⁴ e Cyda Maria Albuquerque Reinaux⁴

¹Fisioterapeuta Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE; ²Fisioterapeuta Residente Multiprofissional Integrada em Saúde do Hospital das Clínicas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE; ³Fisioterapeuta Doutora em Biologia Aplicada à Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE; ⁴Fisioterapeuta Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

ARTICLE INFO

Article History:

Received 20th January, 2022

Received in revised form

29th January, 2022

Accepted 18th February, 2022

Published online 28th March, 2022

Key Words:

Parto. Dor, Puerpério, Períneo, Assoalho Pélvico.

*Corresponding author:

Camila Maria Mendes Nascimento

ABSTRACT

O parto por via vaginal pode ocasionar traumatismo no assoalho pélvico e originar à dor perineal. O objetivo foi avaliar a prevalência da dor perineal em puérperas no pós-parto vaginal imediato, sua intensidade e característica, assim como, determinar sua associação aos fatores de risco. Trata-se de um estudo descritivo e analítico com delineamento transversal com puérperas após parto vaginal imediato, de gestação única, cefálica e a termo. Avaliaram-se as variáveis sociodemográficas, clínicas, obstétricas e a presença da dor através da escala visual analógica e do questionário McGill Pain. A análise de regressão logística determinou influência dos fatores associados dor perineal. Dentre as 148 puérperas, 50% sentiram dor moderada de caráter sensorial e 55,4% eram primíparas. As puérperas que receberam intervenção fisioterapêutica durante o trabalho de parto apresentaram 61,5% menos chance de sentir dor perineal no pós-parto vaginal imediato (OR= 0,385), quando relacionadas individualmente. Dentre os fatores de risco estudados, apenas a rafia (OR= 4,22) e o edema (OR= 19,84) estão associados à dor perineal no pós-parto vaginal imediato. A dor perineal de caráter sensitivo no pós-parto vaginal imediato, está associada com a rafia e o edema e parece ter menos chances de ocorrer quando recebe intervenção da fisioterapia.

Copyright © 2022, Camila Maria Mendes Nascimento et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Camila Maria Mendes Nascimento, Jéssica Maria Nogueira de Souza, Alianny Raphaely Rodrigues Pereira et al. "Fatores associados à dor perineal no pós-parto vaginal imediato", *International Journal of Development Research*, 12, (03), 54808-54813.

INTRODUCTION

O parto é um evento único para cada mulher, sendo caracterizado por um conjunto de sequências fisiológicas que são influenciadas pelas interações hormonais, aspectos clínicos, mecânicos e emocionais (MANOZI; CARVALHO; SANTOS, 2013). Durante o processo de parturição por via vaginal, as superfícies pélvica e perineal recebem influência direta em suas estruturas, sofrendo constantes modificações (PITANGUI et al., 2009). Em circunstâncias típicas, o trabalho de parto pode causar um traumatismo mecânico no assoalho pélvico (EASON et al., 2000; FRANCISCO et al., 2011) com perda da integridade perineal por traumas espontâneos, lacerações ou pela realização da episiotomia e uso de instrumentos, levando a manifestações dolorosas (KETTLE; DOWSWELL; ISMAIL, 2010; AKHLAGHI et al., 2019).

Estudos mostram que cerca de 90% das mulheres apresentam desconforto perineal no pós-parto vaginal imediato (SAYNER et al., 2010; CASTRO; CASTRO; MENDONÇA, 2012). São considerados como fatores de risco para dor e lesão perineal: primiparidade, idade materna, obesidade materna, parto cirúrgico, analgesia epidural, trabalho de parto prolongado, tipo de profissional que realizou o parto e uso de substância para estimulação do parto e peso ao nascer (MACARTHUR; MACARTHUR, 2004; OLIVEIRA et al., 2014). Em alguns casos, o trauma causado pelo parto vaginal pode não ser visível e sugerir um períneo íntegro; contudo, o mesmo pode levar à queixa de dor e desconfortos durante o período puerperal (CAROCI et al., 2014; AKHLAGHI et al., 2019). A dor perineal no pós-parto vaginal é transmitida através de um nervo sensorial e motor somático, o nervo pudendo, caracterizada como aguda e debilitante (ELHARMEEL et al., 2011). Também é referida como a queixa mais frequente do processo de parturição e uma das causas mais comuns de morbidade no puerpério que pode levar a uma diminuição da mobilidade e desconforto durante a micção e a evacuação

(ELHARMEEL et al., 2011; FRANSCISCO et al., 2014), condições essas consideradas elegíveis para estratégias analgésicas (SAYNER et al., 2010). Também pode repercutir negativamente na experiência da maternidade (MACARTHUR; MACARTHUR, 2004; FRANSCISCO et al., 2014), sobre a capacidade da mulher para amamentar ou cuidar do recém-nascido e pode também contribuir do desenvolvimento da depressão pós-parto ou esgotamento mental (HEDAYATI; PARSONS; CROWTHER, 2005). A mensuração da dor é subjetiva e complexa por ser uma experiência multifatorial e pessoal. O seu nível de intensidade e característica podem ser obtidos por meio de escalas visuais analógicas e de categorização da dor (ANDREWS et al., 2008; D'OLIVEIRA et al., 2012). Identificação precoce da presença da dor perineal no pós-parto pode auxiliar no direcionamento de condutas e encaminhamentos profissionais necessários para melhoria do cuidado no puerpério. A determinação dos fatores associados à dor perineal no pós-parto imediato é importante para que se ofereçam que vão auxiliar na prescrição de terapias analgésicas de partos vaginais que incluem o uso de intervenções farmacológicas e não farmacológicas (FEITOSA et al., 2016), como a fisioterapia. Portanto, o objetivo desse estudo foi avaliar a prevalência da dor perineal em puérperas no pós-parto vaginal imediato, sua intensidade e característica, assim como, determinar sua associação aos fatores de risco.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo e analítico com delineamento transversal realizado em puérperas submetidas ao pós-parto vaginal, realizado no período entre março e outubro de 2016 no Alojamento Conjunto do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, localizado em Recife, Pernambuco, Brasil. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da mesma instituição, sob o parecer número 1.330.995, cujas voluntárias assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Para as voluntárias menos de 18 anos, foram assinados os termos de assentimento livre e esclarecido junto com seus responsáveis. O estudo incluiu puérperas após o parto vaginal imediato, na faixa etária entre de 15 a 40 anos, independentemente do número de filhos ou do risco gestacional e com idade gestacional > 37 semanas. Excluíram-se as puérperas que apresentassem dor perineal no pré-parto, cujo parto fosse realizado fora do hospital do estudo, após realização de curetagem, com uso de sonda vesical após o parto, com relato ou confirmação em prontuário de patologias geniturinárias, com gestação de malformações fetais, com gestação de feto morto e com transtornos psiquiátricos confirmados em prontuário. A coleta dos dados foi obtida pela realização de uma única entrevista e avaliação das puérperas, no período entre de 6h a 24h após o pós-parto, momento em que já haveria a cessação da analgesia local da sutura perineal, caso tivesse sido empregada e, a lesão ainda se encontraria na sua fase aguda, com maior predominância da dor (MATHIAS et al., 2015). No formulário, foram coletados informações sociodemográficas, antecedentes obstétricos, dados do trabalho de parto, do parto e do recém-nascido. Os dados sobre a presença de edema foram avaliados de maneira visual observando alterações na integridade tecidual e da presença de sinais inflamatórios durante a inspeção realizada pela pesquisadora sem uso de escalas. Enquanto os dados sobre laceração e rafia foram avaliadas tanto visualmente, quanto confirmadas em prontuário, em que foram descritos o grau de laceração e os materiais empregados na rafia pelos obstetras responsáveis pelo parto. Esta avaliação foi realizada nas mulheres que citaram dor perineal. A inspeção da região perineal ocorreu em local privativo, com a mulher em posição ginecológica, na presença de acompanhantes para puérperas menores de 18 anos. Para avaliar a intensidade da dor, foi aplicada a Escala Visual Analógica (EVA), que consiste em uma escala unidimensional composta por uma linha horizontal numerada de 0 a 10, na qual a dor é classificada através dos escores como leve (0-2), moderada (3-7) e forte (8-10), sendo explicitado que o zero corresponderia a nenhuma dor e o dez à maior dor já sentida. E para descrever a dor, foi aplicado o instrumento *Mc Gill Pain Questionnaire* (MPQ) (PIMENTA; Teixeira, 1996) com característica multidimensional que avalia vários

aspectos agrupados em quatro categorias (sensorial, afetiva, avaliação subjetiva e mistas). Foi solicitado à puérpera que escolhesse um descritor em cada subclasse, que melhor representasse a sua dor. O resultado das respostas foi descrito através da frequência relativa e absoluta do número de palavras escolhidas para representação. No estudo, as variáveis quantitativas foram expressas por medidas de tendência central e de dispersão, enquanto as variáveis qualitativas, por frequências absolutas e relativas. A tabulação e análise dos dados foi realizada no programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences* – versão 20.0 para Windows -Chicago, EUA). A estatística inicial foi realizada para comparar a presença ou não de dor no pós-parto por meio do teste qui-quadrado em relação às variáveis qualitativas e o teste t-student para as variáveis quantitativas, adotando um nível de significância de 5%. Para verificar associação entre as variáveis de risco com a dor perineal, foram ajustados modelos de regressão logística, através da estratégia *step wise backward* e calculado a odds ratio (OR), considerando um intervalo de confiança de 95% e um nível de significância de $p < 0,05$. Para verificar a influência dos fatores de risco na dor perineal no pós-parto vaginal, o cálculo amostral foi baseado na regra de *thumb* segundo Vittinghoff et al., 2012. A presença ou não de dor perineal pós-parto foi considerada variável de desfecho e como possíveis preditoras foram utilizadas nove variáveis: o número de partos, a presença de trauma, o tipo de trauma, o grau do trauma, a presença de edema, necessidade de rafia, a utilização de medidas humanizadas durante o trabalho de parto, a intervenção da fisioterapia durante o trabalho de parto e a utilização de medicação indutora ao parto. Tal cálculo resultou na necessidade de pelo menos 148 puérperas para a realização do estudo.

RESULTADOS

Das 149 puérperas elegíveis, uma foi excluída por apresentar dor perineal prévia ao parto. Todas as 148 voluntárias restantes concordaram em participar do estudo, sendo a entrevista e avaliação realizadas em média 12h após o parto. Em seguida, as puérperas foram divididas em dois grupos, com presença ou ausência de dor. Os dados do perfil sociodemográfico, dos antecedentes obstétricos e os dados do recém-nascido não apresentaram diferenças significativas entre os grupos (Tabela 1). A intensidade da dor perineal no pós-parto vaginal imediato avaliada pela escala EVA nas 74 (50%) puérperas foi moderada, e sua caracterização obtida através do questionário *McGill*, mostrou uma maior frequência na categorização da dor nas respostas sensitivas (Tabela 2). Não houve diferença estatística na comparação entre a presença ou não de dor perineal em relação às variáveis do trabalho de parto (medidas humanizadas, posição e analgesia na fase expulsiva e medicamento indutor do parto) e analgesia no pós-parto vaginal imediato (Tabela 3). A análise univariada mostrou que a dor perineal está relacionada ao número de partos, trauma perineal, tipo de trauma, grau de laceração, rafia, presença visual do edema e a intervenção da fisioterapia no trabalho de parto. Dentre as puérperas que receberam assistência fisioterapêutica durante o trabalho de parto, apresentaram 61,5% (OR= 0,385) ($p < 0,001$) menos chance de apresentar dor perineal no pós-parto vaginal imediato. Na análise multivariada, apenas as variáveis rafia e edema estavam associados à dor (Tabela 4). Na mesma tabela, constatou-se que desta análise foi obtido o modelo matemático sobre a rafia e o edema definido por:

$$\text{Exp}(-1.081+1.368*\text{rafia}+2.871*\text{edema}) / 1+\text{exp}(-1.081+1.368*\text{rafia}+2.871*\text{edema})$$

DISCUSSÃO

Este estudo mostra que a presença de dor perineal no pós-parto vaginal está influenciada individualmente pelo número de partos, pela presença de trauma perineal e o seu tipo, pelo grau de laceração, pela presença de edema, rafia e que, a intervenção da fisioterapia diminui a chance de ocorrer a dor perineal. Quando esses fatores são analisados em conjunto, foi observado que principalmente a rafia e o edema influenciam nesta dor. No presente estudo, observou-se que a

prevalência de dor perineal foi de 50% em puérperas pós-parto vaginal imediato, o que pode ser considerado um número significativo, aproximando-se dos valores encontrados de 51,7% em um estudo com 147 puérperas (MATHIAS et al., 2015) e de 56,8% com 1500 puérperas, ambos com mensuração da dor nas primeiras 24 horas (SAYNER et al., 2010).

Nossos resultados diferem da maioria dos artigos encontrados na literatura, em que os valores são bem superiores, como nos achados de East et al. apresentando 90%, Andrews et al. com 92% e Meeleod et al. com 96,7%. A disparidade nestes achados pode ser explicada pelo fato de que nos artigos mais antigos, em sua maioria, as puérperas apresentaram graus de laceração elevados e a presença de

Tabela 1. Comparação da presença de dor perineal e das variáveis do perfil sociodemográfico, dos antecedentes obstétricos e do recém-nascido nas puérperas após o parto vaginal imediato

Variáveis	Com dor		Sem dor		p-valor
	n	%	n	%	
Local					
RMR	46	62,2	51	68,9	
Interior	28	37,8	23	31,1	0,489
Renda					
< 1 salário mínimo	45	60,8	50	67,6	
≥ 1 salário mínimo	29	39,2	24	32,4	0,492
Doenças pré-existentes					
Nenhuma	50	67,6	55	74,3	
HAS	3	4,1	1	1,4	0,671
HAS gestacional	16	21,6	13	17,6	
	Média (DP)		Média (DP)		
Idade	25,5 (7,2)		25,8 (8,0)		0,846
IMC	25,1 (5,4)		24,3 (4,6)		0,367
Idade gestacional (s)	39,3 (1,5)		39,3 (2,1)		0,787
Peso do RN	3341,8 (458,2)		3207,0 (592,3)		0,124

RMR= região metropolitana do recife; HAS= hipertensão arterial sistêmica; IMC= índice de massa corpórea;

(s)= semanas; RN= Recém-nascido; n= frequência relativa; % frequência absoluta; DP= desvio padrão Teste qui-quadrado e teste t-student. *p <0,05.

Tabela 2. Intensidade da dor perineal e distribuição da caracterização da dor por domínios do questionário McGill referida pelas puérperas no pós-parto vaginal imediato

Variável	Com dor	Sem dor	Frequência de respostas	p-valor
	Média (DP)	Média (DP)		
EVA	3,7 (1,6)	0,0 (0,0)	-	<0,0001*
Descritores McGill	Categoria	n	%	
Dolorida	Sensorial	61	82,4%	-
Latejante	Sensorial	59	79,7%	-
Incomoda	Av. subjetiva	57	77,0%	-
Vai e vem	Sensorial	31	41,9%	-
Pulsa	Sensorial	26	35,1%	-
Ardida	Sensorial	16	21,6%	-
Chata	Afetiva	11	14,9%	-
Irradiada	Sensorial	10	13,5%	-

EVA= escala visual analógica; Av.= avaliação; n= frequência relativa; % frequência absoluta Teste t-student. *p <0,05.

Tabela 3. Comparação da presença de dor perineal com as variáveis do trabalho de parto e pós-parto vaginal imediato

Variáveis	Com dor		Sem dor		p-valor
	n	%	n	%	
Medidas humanizadas TP					
Nenhuma	37	50,0	25	33,8	0,099
Uso de Bola	2	2,7	3	4,1	
Banho	0	0,0	2	2,7	
Deambulação	10	13,5	5	6,8	
Duas medidas associadas	10	13,5	16	21,6	
Três ou mais medidas associadas	15	20,3	23	31,1	
Posição na fase expulsiva					
Litotomia	46	62,2	41	55,4	0,568
Semisentada	14	18,9	17	23,0	
Sentada	12	16,2	14	18,9	
Verticalizada	2	2,7	2	2,7	
Analgesia na fase expulsiva					
Sim	1	1,4	0	0,0	1,000
Não	73	98,6	74	100,0	
Medicamento indutor do parto					
Sim	43	58,1	31	41,9	0,071
Não	31	41,9	43	58,1	
Analgesia pós-parto					
Nenhuma	69	93,2	74	100,0	0,075
Medicação	3	4,1	0	0,0	
Crioterapia	2	2,7	0	0,0	

TP= trabalho de parto; n= frequência relativa; % frequência absoluta; DP= desvio padrão. Teste t-student

*p <0,05

episiotomia de rotina (WHO, 1996), embora a Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1996, preconize um percentual de no máximo, 10% de episiotomias nos partos vaginais.

Nossos achados estão em concordância com os de Andrews e East, que descrevem maior frequência da dor perineal em mulheres que sofreram lacerações, quando comparadas àquelas com períneo

Tabela 4. Associação da presença de dor perineal no pós-parto vaginal imediato com as variáveis analisadas

Variáveis	Análise univariada		Análise multivariada				OR	IC 95%	p-valor	
	Com dor		Sem dor		OR	IC 95%				p-valor
	n	%	n	%						
Nº de partos										
Primípara	41	55,4	28	37,8	1,00	---		<0,0001*		
Múltipara	33	41,6	46	62,2	1,63	[0,71;3,68]				
Trauma perineal										
Sim	64	86,5	45	60,8	4,12	[1,72;10,39]		<0,0001*		
Não	10	13,5	29	39,2						
Tipo de trauma										
Sem trauma	10	13,5	29	39,2	1,00	---		<0,0001*		
Laceração esp.	55	74,3	44	59,5	1,97	[0,92 ; 4,23]				
Episiotomia	6	8,1	0	0,0	6,11	[0,71 ; 287,68]				
Por Instrumento	3	4,1	1	1,3	3,06	[0,24 ; 163,96]				
Grau de laceração										
Sem laceração	10	13,5	29	39,2	1,00	---		<0,0001*		
Laceração 1º grau	30	40,5	37	50,0	0,68	[0,34 ; 1,37]				
Laceração > 2º grau	34	46,0	8	10,8	6,92	[2,80 ; 19,08]				
Rafia										
Sim	58	78,4	34	45,9	4,22	[1,97;9,37]	<0,0001*	3,93 [1,78;8,63]	0,0003*	
Não	16	21,6	40	54,1						
Edema										
Sim	16	21,6	1	1,4	19,84	[2,92; 852,24]	<0,0001*	17,65 [2,11;147,44]	0,0068*	
Não	58	78,4	73	98,6						
Fisioterapia TP										
Sim	19	25,7	35	47,3	0,385	[0,18; 0,81]		<0,0001*		
Não	55	74,3	39	52,7						

Nº=número; TP= trabalho de parto; Laceração esp.= laceração espontânea; Por Instrumento=por uso de instrumentos;n= frequência relativa; % frequência absoluta; OR= oddsratio; IC= intervalo de confiança. Teste t-student e análise de regressão múltipla *p <0,05.

Na mensuração da dor, a medida quantitativa foi aferida através da avaliação autorreferida com a escala EVA, que é o padrão ouro para avaliação da dor. Seus valores apontaram a dor perineal no pós-parto imediato com nível de intensidade moderada (média= 3,7), corroborando com os achados de um estudo¹⁸ que analisou o nível de dor mais relatado pelas puérperas foi classificado como moderado (média=5). Esse achado pode inferir que a dor pós-parto não está sendo adequadamente controlada. Para descrever a característica da dor no pós-parto vaginal, utilizou-se o questionário *McGill*, permitindo que as puérperas encontrassem as palavras que transmitissem o significado e a característica da experiência dolorosa (PIMENTA; Teixeira, 1996; PESSOA et al., 2007). A maioria das entrevistadas expressou uma dor de caráter sensorial, sendo esse o grupo de descritores mais frequentemente declarado, embora o questionário apresente uma tendência para a escolha desse subgrupo, visto que engloba 50% dos descritores, semelhante aos resultados encontrados em outros estudos (PITANGUI et al., 2009; BELEZA et al., 2012). A dimensão sensorial deste questionário traz expressões que discriminam as impressões físicas sobre a dor, que é influenciada primariamente, pelos sistemas espinhais de condução rápida do sistema nervoso central (D'OLIVEIRA et al., 2012). A percepção da dor perineal nas primíparas foi mais prevalente em comparação com as múltiparas.

Em outros estudos, foi observado que primiparidade predispõe a mulher à dor após o parto e é considerada como fator de risco (FRANCISCO et al., 2011; MATHIAS et al., 2015). Uma provável justificativa seria que, a experiência prévia de um parto, minimiza algumas dificuldades sofridas pelas primíparas durante o parto, tais como falta de conhecimento e preparo, preocupação com o seu estado de saúde e do recém-nascido. Segundo Francisco et al. a chance de uma primípara apresentar dor perineal é cerca de três vezes maior após traumas nessa região, do que naquelas com períneo íntegro. Uma das maiores causas para dor após o parto vaginal é a presença do traumatismo perineal provocado por lacerações espontâneas, episiotomia ou ambas (FRANCISCO et al., 2011). No presente estudo, ficou evidenciada uma relação entre o trauma e a dor, sendo prevalente em 86,5% das puérperas.

Íntegro (ANDREWS et al., 2008). Nossos dados confirmam a prevalência da dor relacionada à laceração espontânea em 74,3% das mulheres, havendo, porém 13,5% das puérperas com períneo íntegro que apresentaram dor. Apesar das mulheres submetidas à episiotomia obterem maiores escores dolorosos, no nosso estudo, a frequência desse procedimento foi considerada baixa, com uma taxa de 8%, divergindo de pesquisas anteriormente realizadas, onde os níveis de episiotomia chegam a ser superiores a 50% (FRANCISCO et al., 2011; MATHIAS et al., 2015). Convém observar que o protocolo adotado pelo serviço segue as recomendações da OMS, que sugere que a episiotomia não deve ser realizada rotineiramente, mas de forma seletiva, mostrando que o local desse estudo tem procurado utilizar estratégias mais humanizadas durante o atendimento às parturientes (WHO, 1996). A análise multivariada revelou a influência entre a presença de rafia e dor perineal, levando a uma chance quatro vezes maior da puérpera com rafia desenvolver essa queixa no pós-parto vaginal imediato. Na prática clínica habitual do local do estudo, a sutura perineal é um dos cuidados obstétricos prestados à mulher após o parto e compõe uma das preocupações das puérperas, principalmente naquelas que apresentam laceração a partir de 2º grau. No entanto, alguns estudos têm verificado se existe real necessidade dessa prática e o tipo de material empregado versus a ausência desse procedimento (KETTLE; DOWSWELL; ISMAIL, 2012; AASHEIM et al., 2017). Foi verificado no presente estudo que, dentre as mulheres que sofreram trauma e apresentaram dor perineal, 90,6% foram suturadas, e em todas, o material empregado foi o fio de sutura catgut. Esta percentagem é bastante elevada, pois foi mostrado em estudo realizado com mulheres pós-parto vaginal onde a taxa de trama foi de 85%, apenas 60% a 70% das mulheres necessitam realmente de sutura. Embora existam evidências de alguns benefícios associados à técnica de não suturar a pele perineal em termos de redução da dor perineal e da dispareunia superficial, o risco de uma cicatrização insatisfatória é mais elevado com a ausência de sutura (KETTLE; DOWSWELL; ISMAIL, 2012). Kettle et al. (2010) apontam que o material usado para sutura do traumatismo perineal é muito importante, na medida em que pode ter influência na intensidade da dor, na cicatrização das lacerações e na dispareunia experimentada pelas mulheres, em que a sutura do traumatismo

perineal com materiais sintéticos absorvíveis, tais como a poliglactina 910 ou o ácido poliglicólico, reduzem a dor perineal no pós-parto imediato, quando comparados ao uso do catgut que pode apresentar necessidade de remoção da sutura até alguns meses após o parto. A prevalência do edema perineal no pós-parto vaginal é pouco relatada na literatura, e foi considerado nesse estudo como um fator de risco a ser investigado. Nosso estudo mostrou que a sua presença aumenta em dezessete vezes a chance de a puérpera apresentar dor no pós-parto vaginal imediato. Durante o trabalho de parto, parto e no pós-parto, ainda que com períneo íntegro, o edema pode estar presente, pois a região sofre um trauma natural decorrente do alongamento das fibras causado pela abertura do canal de parto para a passagem do recém-nascido, que pode resultar em microrrupturas e/ou descontinuidade dos tecidos envolvidos e gerar um processo inflamatório local. Essa inflamação, leva à saída de proteínas plasmáticas e ao fluxo de líquido à periferia, ocasionando o turgor (D'OLIVEIRA et al., 2012). O edema promove ainda a liberação de mediadores químicos algôgenicos como as prostaglandinas, histaminas e bradicininas que excitam os nociceptores do sistema nervoso periférico e comprimem a inervação da área perineal, estimulando as fibras aferentes do nervo pudendo que originam a sensação dolorosa (D'OLIVEIRA et al., 2012; AASHEIM et al., 2017).

As causas mais comuns de irritação mecânica do nervo pudendo, segundo Hibner et al. são o parto vaginal, o trauma pélvico e a cirurgia pélvica. Tal achado, corrobora os dados encontrados no presente estudo, onde os partos que com grau de laceração 2 ou maior, apresentaram maior frequência de sensação algica, assim como as mulheres submetidas à episiorrafia. Dessa forma, este estímulo doloroso ascende ao sistema nervoso central, onde o córtex cerebral irá torná-la uma sensação consciente, permitindo então que seja possível quantificar e categorizar a dor através das escalas, como o questionário de McGill. A presença da fisioterapeuta no suporte à parturiente durante o parto humanizado, embora regulamentada, não é uma prática rotineiramente utilizada na maioria dos serviços e por este motivo, não faz parte oficialmente da equipe no sistema de saúde, tornando as experiências isoladas, normalmente voltadas para maternidades-escola ou parturientes em assistência privada (CANESIN; AMARAL; 2010). A atuação do fisioterapeuta durante o trabalho de parto já apresenta benefícios bem documentados que associaram sua presença à redução do uso de medicamentos indutores do parto, diminuição dos escores de dor, redução do tempo de fase ativa do parto e do tempo de dilatação, bem como do desfecho de via de parto vaginal. Embora a análise multivariada não tenha mostrado esta influência, provavelmente este desfecho não surgiu em virtude do baixo número de parturientes que foram assistidas pela fisioterapia, representando apenas 36,4% das voluntárias que tiveram dor pós-parto (CANESIN; AMARAL; 2010; ROMANO; MARQUES; GONZAGA, 2013). As limitações deste estudo reportam-se a ausência de dados nos prontuários quanto ao número de toques vaginais, duração do tempo de trabalho de parto e a não mensuração do edema perineal. Entretanto, este é o primeiro estudo que aponta um possível desfecho positivo também no período pós-parto, com uma menor chance para presença da dor perineal. A ausência da dor permite à puérpera o retorno precoce às suas atividades cotidianas, cuidado e vinculação com o recém-nascido e uma experiência positiva em relação à parturição. Sendo assim, é importante a presença deste profissional para otimizar o parto, tornando-o mais humanizado, menos traumático, doloroso e demorado (CANESIN; AMARAL; 2010).

CONCLUSÃO

A determinação da associação da presença de edema e rafia da dor perineal moderada de caráter sensitivo no pós-parto vaginal imediato é importante para aprimorar a assistência, permitindo o direcionamento da terapêutica mais adequada para essas puérperas. A fisioterapia durante o trabalho de parto parece ser uma intervenção coadjuvante para reduzir a chance de ocorrer a dor perineal no pós-parto. Apesar de tal efeito, ela não foi realizada com número de

sujeitos suficiente para apresentar um desfecho significativo, uma vez que, apenas cerca de um terço das puérperas do estudo recebeu tal intervenção. Portanto, se faz necessário mais estudos relacionados a esta assistência durante o trabalho de parto.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à equipe do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, em especial ao Alojamento Conjunto, por toda atenção e colaboração. As puérperas voluntárias, o nosso agradecimento pela gentileza e pelo zelo ao colaborar para o desenvolvimento deste estudo.

REFERÊNCIAS

- Manozi SR, Carvalho EC, Santos CB. Validação clínica do diagnóstico de enfermagem dor de parto. *Rev Latino-Am Enferm*. 2013; 21: 1-9.
- Pitangui ACR, Sousa L, Ferreira CHJ, Gomes FA, Nakano MAS. Mensuração e características da dor perineal em primíparas submetidas à episiotomia. *Rev Acta Paul Enferm*. 2009; 22(1):77-82.
- Eason E, Labrecque M, Wells G, Feldman P. Preventing perineal trauma during childbirth: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2000; 95(3): 464-71.
- Francisco AA, Oliveira SMJV, Silva FMB, Bick D, Riesco MLG. Women's experiences of perineal pain during the immediate postnatal period: A cross-sectional study in Brazil. *Midwifery*. 2011; 27(6): 254-9.
- Kettle C, Dowsell T, Ismail KM. Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; 6: CD000006.
- Akhlaghi F, Sabeti Baygi Z, Miri M, Najaf Najafi M. Effect of Perineal Massage on the Rate of Episiotomy. *J Family Reprod Health*. 2019; 13(3):160-166.
- Sayner F, Ozerdogan N, Tozun M, Sevgi GN, Nedime K, Aleaettin U. The effect of postpartum perineal trauma on the frequencies perineal pain, urinary incontinence and dyspareunia. *Int J Epidemiol*. 2010; 39(1): 1-5.
- Castro AS, Castro AC, Mendonça AC. Physiotherapeutic approach in the pre-partum: proposed protocol and evaluate pain. *FisioterPesq*. 2012; 19(3):210-4.
- Macarthur AJ, Macarthur C. Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2004; 191(4):1199-204.
- Oliveira LS, Brito LGO, Quintana SM, Duarte G, Marcolin AC. Perineal trauma after vaginal delivery in healthy pregnant women. *São Paulo Med J*. 2014; 132(4):231-8.
- Caroci AS, Riesco MLG, Leite JS, Araújo NM, Scarabotto LB, Oliveira SMJV. Localização das lacerações perineais no parto normal em mulheres primíparas. *Rev Enferm UERJ*. 2014; 22(3): 402-8.
- Elharmel SM, Chaudhary Y, Tan S, Scheermeyer E, Hanafy A, van Driel ML. Surgical repair of spontaneous perineal tears that occur during childbirth versus no intervention. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; 8:CD008534.
- Francisco AA, Kinjo MH, Bosco CS, Silva RL, Mendes EPB, Oliveira SMJV. Associação entre trauma perineal e dor em primíparas. *Rev Esc Enferm USP*. 2014; 48:40-5.
- Hedayati H, Parsons J, Crowther CA. Topically applied anaesthetics for treating perineal pain after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005; 2:CD004223.
- D'Oliveira GDF, Flores D, Wollmann PGA, Albuquerque VT. Avaliação do pós-parto. *Rev Acta Cienc Saúde*. 2012; 1(1): 74-89.
- 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.
- Feitosa ASA, Lopes JB, Bonfa E, Halpern ASR. Estudo prospectivo de fatores prognósticos em lombalgia crônica tratada com fisioterapia: papel do medo-evitação e dor extraespal. *Rev Bras Reumatol*. 2016; 56(5):384-390.

- Mathias AE, Pitangui AC, Vasconcelos AM, Silva SS, Rodrigues OS, Dias TG. Mensuração da dor perineal no pós-parto vaginal imediato. *Rev Dor São Paulo*. 2015;16(4):267-71.
- Pimenta CA, Teixeira MJ. Proposal to adapt the McGill Pain Questionnaire into Portuguese. *Rev Esc Enferm USP*. 1996; 30(3):473-83.
- Vittinghoff E, Glidden DV, Shiboski SC, McCulloch CE. *Regression Methods in Biostatistics: Linear, Logistic, Survival, and Repeated Measures Models*. 2. ed. New York: Springer-Verlag, 2012.
- East CE, Sherburn M, Nagle C, Said J, Forster D. Perineal pain following childbirth: Prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. *Midwifery*. 2012; 28(1): 93-7.
- Macleod M, Goyder K, Howarth L, Bahl R, Strachan B, Murphy DJ. Morbidity experienced by women before and after operative vaginal delivery: prospective cohort study nested within a two-centre randomised controlled trial of restrictive versus routine use of episiotomy. *BJOG*. 2013; 120(8): 1020-6.
- World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. *Care in normal birth: a practical guide*. Geneva: WHO; 1996.
- Pessoa CP, Barreto MB, Santos LB, Alves TD, Oliveira MC, Martins AG. Instrumentos utilizados na avaliação do impacto da dor na qualidade de vida de pacientes com dor orofacial e disfunção temporomandibular. *Rev Baiana Saude Publ*. 2007; 31(2): 267-93.
- Beleza ACS, Ferreira CHJ, De Sousa L, Nakano AMS. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(2): 264-8.
- Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M, Reinart LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 6:CD006672.
- Kettle C, Dowswell T, Ismail KM. Continuous and interrupted suturing techniques for repair of episiotomy or second-degree tears. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;11: CD000947.
- Hibner M, Desai N, Robertson LJ, Nour M. Pudendal Neuralgia. *J Min Inv Gynecol*. 2010; 17(2): 148-53.
- Canesin KF, Amaral WN. Atuação fisioterapêutica para diminuição do tempo do trabalho de parto: Revisão de literatura. *Rev Femina*. 2010; 38(8): 429-33.
- Romano, FB, Marques ASA, Gonzaga LSV. Análise da intervenção fisioterapêutica na assistência ao trabalho de parto. *Cad Cien Bio Sau*. 2013; (2): 1-19.
