

ASSOCIAÇÃO ENTRE REGIÃO DO TRAUMA PERINEAL, PROBLEMAS LOCAIS, ATIVIDADES HABITUAIS E NECESSIDADES FISIOLÓGICAS DIFICULTADAS

ASSOCIATION BETWEEN REGION OF PERINEAL TRAUMA, LOCAL PROBLEMS, AND IMPAIRED HABITUAL ACTIVITIES AND PHYSIOLOGICAL NEEDS

ASOCIACIÓN ENTRE REGIÓN DEL TRAUMA PERINEAL, PROBLEMAS LOCALES, ACTIVIDADES USUALES Y NECESIDADES FISIOLÓGICAS DIFICULTADAS

Eula Rayssa Ximenes Ferreira¹
Erika Anny Costa Cerqueira²
Isa Maria Nunes³
Edna Maria de Araújo⁴
Evanilda Souza de Santana Carvalho⁵
Luciano Marques dos Santos⁶

Como citar este artigo: Ferreira ERX, Cerqueira EAC, Nunes IM, Araújo EM, Carvalho ESS, Santos LM. Associação entre região do trauma perineal, problemas locais, atividades habituais e necessidades fisiológicas dificultadas. Rev baiana enferm. 2018;32:e23812.

Objetivo: analisar a associação entre a região do trauma perineal e os problemas locais, as atividades habituais e as necessidades fisiológicas dificultadas em puérperas no pós-parto vaginal imediato. **Método:** estudo transversal, realizado em uma maternidade pública de Feira de Santana, Bahia, Brasil, de maio de 2013 a dezembro de 2015, com aplicação de formulários, coleta em prontuário e exame vulvoperineal de 684 puérperas. **Resultados:** houve maior prevalência de dor (RP=3,4; p=0,000) edema (RP=2,5; p=0,028), dificuldade para dormir (RP=2,0; p-valor=0,013), deambular (RP=1,6; p=0,033) e sentar (RP=2,4; p=0,001) entre puérperas com trauma no períneo posterior. Relatos de ardor (RP=0,5; p=0,01) e dificuldade na micção (RP=0,5; p=0,002) apresentaram maior probabilidade de ocorrer entre mulheres com trauma na região anterior. **Conclusão:** os traumas no períneo posterior causam mais dor, edema e dificuldade para dormir, sentar e deambular, ao passo que os traumas na região anterior provocam maior relato de ardor e dificuldade na micção.

Descritores: Enfermagem obstétrica. Períneo. Episiotomia. Período pós-parto.

¹ Enfermeira. Feira de Santana, Bahia, Brasil. eularayssa@outlook.com

² Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Feira de Santana. Bolsista de Extensão pelo Programa Institucional de Bolsas de Extensão da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. anny_c@live.com

³ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. isamaria.nunes@yahoo.com.br

⁴ Doutora em Saúde Pública. Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. ednakam@gmail.com

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. evasscarvalho@yahoo.com.br

⁶ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Doutorando em Ciências pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo. Professor Assistente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. lucmarxenfo@yahoo.com.br

Objective: to analyze the association between region of perineal trauma, local problems, and impaired habitual activities, and physiological needs in postpartum women in the immediate vaginal postpartum. Methods: cross-sectional study, carried out in a public maternity in Feira de Santana, state of Bahia, Brazil, from May 2013 to December 2015, by applying forms, collecting information in medical records, and conducting a vulvoperineal exam in 684 postpartum women. Results: there was a higher prevalence of pain (PR=3.4; p=0.000), edema (PR=2.5; p=0.028), and difficulty to sleep (PR=2.0; p=0.013), walk (PR=1.6; p=0.033), and sit (PR=2.4; p=0.001) among postpartum women with a trauma in the posterior perineum. Reports of burning sensations (PR=0.5; p=0.01) and difficulty to urinate (PR=0.5; p=0.002) were more likely to occur in women with a trauma in the anterior region. Conclusion: traumas in the posterior perineum cause more pain, edema, and difficulty to sleep, walk and sit, whereas traumas in the anterior region are more related to reports of burning sensations and difficulty to urinate.

Descriptors: Obstetric nursing. Perineum. Episiotomy. Postpartum period.

Objetivo: analizar la asociación entre región del trauma perineal y problemas locales, actividades usuales y necesidades fisiológicas dificultadas en púerperas durante el posparto vaginal inmediato. Método: estudio transversal realizado en maternidad pública de Feira de Santana, Bahia, Brasil, de mayo de 2013 a diciembre de 2015, aplicándose formularios, recolección desde historias clínicas y examen vulvoperineal en 684 púerperas. Resultados: hubo mayor prevalencia de dolor (RP=3,4; p=0,000) edema (RP=2,5; p=0,028), dificultad para dormir (RP=2,0; p=0,013), deambular (RP=1,6; p=0,033) y sentarse (RP=2,4; p=0,001) entre púerperas con trauma del perineo posterior. Reportes de ardor (RP=0,5; p=0,01) y dificultad en la micción (RP=0,5; p=0,002) tienen mayor posibilidad de ocurrencia entre mujeres con trauma en la región anterior. Conclusión: los traumas del perineo posterior provocan mayor dolor, edema y dificultad para dormir, sentarse y deambular, mientras que los traumas en la región anterior provocan más reportes de ardor y dificultad en la micción.

Descritores: Enfermería obstétrica. Perineo. Episiotomía. Período posparto.

Introdução

O períneo feminino, conjunto de partes moles que fecha inferiormente a cavidade pélvica, é atravessado pelo ânus atrás e pela vagina e uretra adiante. Habitualmente é dividido, ao nível da linha bi-isquiática, em anterior ou urogenital e posterior ou anal. A porção anterior compreende os órgãos genitais externos e os músculos superficiais (isquiocavernoso, bulbo-cavernoso e transverso superficial) e profundos (transverso profundo e esfíncter externo da uretra), enquanto a posterior é composta pelo ânus e pelo músculo esfíncter externo do ânus⁽¹⁾.

Durante o processo parturitivo, a maior parte das mulheres sofre algum tipo de trauma nessa região, que pode ser decorrente de lacerações espontâneas e/ou da realização de episiotomia. A ocorrência desses traumas pode ser multicausal e estar associada a fatores fetais e obstétricos, incluindo a própria episiotomia⁽²⁾. Muitas vezes é utilizada por médicos e enfermeiros obstetras com a finalidade de evitar lacerações espontâneas⁽³⁾.

A implementação das boas práticas no parto pode contribuir com a prevenção de traumas perineais. Um exemplo é a utilização de compressas quentes e massagem perineal, visto que evidências de qualidade moderada sugerem a utilização dessas medidas como potenciais redutores dos casos de laceração de 4º grau⁽⁴⁾. Contudo, o que ainda se observa, é uma alta frequência de traumas perineais.

A pesquisa nacional “Nascer no Brasil”, que avaliou o uso de boas práticas e intervenções obstétricas durante o trabalho de parto, verificou uma taxa de episiotomia igual a 56,1% entre as púerperas com risco obstétrico baixo. No relatório final dessa pesquisa, não constam dados nacionais sobre as lacerações perineais espontâneas⁽⁵⁾. Esse procedimento, contudo, deve ser utilizado com cautela e apenas quando necessário, tendo em vista todas as repercussões do excesso de intervenções para o bem-estar da mulher⁽⁶⁾. Importa saber que, no parto vaginal, durante o desprendimento da apresentação fetal, os músculos que compõem a região perineal distendem-se

em sinergia com a vagina para formar um canal membranoso sujeito a soluções de continuidade, como as lacerações espontâneas⁽⁷⁾.

Um estudo transversal realizado com 317 primíparas que tiveram laceração mostra que 23,7% delas apresentaram exclusivamente lacerações na região anterior do períneo, 52% exclusivamente na região posterior e 24,3% apresentaram lacerações em ambas as regiões⁽²⁾.

Primando pela prevenção de danos na região perineal, a exemplo de infecção local ou retardo da cicatrização, a episiotomia e/ou laceração espontânea demandam a sutura de suas bordas. Entretanto, para pequenas lacerações que afetam a mucosa vaginal não é necessária a realização desse procedimento⁽³⁾.

Sabe-se que a presença de sutura perineal no puerpério imediato pode acarretar sinais e sintomas, como dor, edema, ardor e, conseqüentemente, dificuldades na realização de atividades básicas, a exemplo de cuidados ao recém-nascido e autocuidado, além de interferir no sono, na movimentação, na micção, evacuação e apetite da puérpera⁽⁸⁾. Ademais, esses problemas podem estar associados às lesões não suturadas. Essas dificuldades podem causar importantes implicações físicas, psicológicas e emocionais que colaboram para o surgimento de experiências negativas do parto e puerpério⁽⁹⁾. Esses dados, porém, não consideram a região de ocorrência do trauma perineal como fator de exposição para os desfechos puerperais apontados.

Sendo assim, para responder ao questionamento “Há associação entre a região da lesão no períneo e o comprometimento do local, das atividades habituais e necessidades fisiológicas no pós-parto vaginal?”, este estudo tem o objetivo de analisar a associação entre a região do trauma perineal e os problemas locais, as atividades habituais e as necessidades fisiológicas dificultadas em puérperas no pós-parto vaginal imediato.

Método

Trata-se de um estudo transversal, realizado no alojamento conjunto de uma maternidade pública do município de Feira de Santana, Bahia,

Brasil, no período de maio de 2013 a dezembro de 2015. A referida maternidade é uma instituição hospitalar de médio porte, que fornece atendimento à mulher durante o trabalho de parto, parto e puerpério e ao recém-nascido em condições normais ou patológicas.

A amostra deste estudo foi do tipo por conveniência e composta por 684 puérperas selecionadas por meio dos seguintes critérios: ser puérpera de parto simples, vaginal e em vértice, com trauma perineal (episiotomia ou laceração espontânea) e parto realizado naquela unidade; puérperas com mais de seis horas de pós-parto, com fetos vivos e sem malformações congênitas.

Foram excluídas da amostra as puérperas que apresentaram episiotomias e lacerações perineais espontâneas concomitantemente e as puérperas que apresentaram distócia de ombros durante o parto vaginal com necessidade de realização de episiotomia ou ocorrência de laceração espontânea e evoluíram para uma cesárea.

Os dados foram coletados nos prontuários, em entrevista estruturada realizada com as puérperas 6 horas após o parto e em exame da região vulvoperineal. Para isto, os pesquisadores colaboradores foram treinados pelo pesquisador responsável.

No prontuário foram coletadas as informações referentes à identificação, condições sociodemográficas (raça/cor, faixa etária, escolaridade), gestacionais (número de consultas de pré-natal, idade gestacional) e de paridade (grau de paridade), às condições da atenção no processo parturitivo (tempo de internamento no Centro Obstétrico) e do recém-nascido (peso). A classificação de raça/cor foi autoatribuída.

As entrevistas, realizadas na sala de estar da equipe de enfermagem, a fim de manter a privacidade das puérperas, possibilitaram a coleta das informações relativas às atividades habituais (deambular, sentar, vestir-se e amamentar) e às necessidades fisiológicas (dormir, urinar, higiene íntima, evacuar, alimentar-se) que foram dificultadas pelos traumas perineais e problemas (ardor, edema e dor) decorrentes das lesões. Além disso, foi aplicada a escala numérica de mensuração da dor.

O exame da região vulvoperineal, por sua vez, foi utilizado para identificar as condições perineais (laceração espontânea ou episiotomia) e alguns problemas decorrentes da presença das lesões, tais como o hematoma ao redor da lesão perineal, o edema vulvar, o eritema e a evisceração. Para a coleta desses dados, pesquisadores e colaboradores foram auxiliados pelas enfermeiras assistenciais da unidade. Para preservar a privacidade da puérpera, o biombo foi utilizado durante os exames.

Os dados foram digitados no pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. Para a análise univariada foram utilizadas distribuições de frequências absolutas e relativas; para a análise bivariada, a fim de determinar a associação entre as variáveis de exposição (região da lesão perineal descrita como períneo anterior ou posterior) e desfecho (problemas perineais, atividades habituais e necessidades fisiológicas dificultadas), foram calculadas as razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% e nível de significância de 5% ($p < 0,05$), pelo teste Qui-quadrado de *Pearson*.

Este estudo respeitou os aspectos éticos da Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁰⁾, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana sob o Parecer n. 842.198.

Todas as participantes foram orientadas quanto aos objetivos, estratégias para coleta de dados, riscos e benefícios da pesquisa e preservação do seu anonimato, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

A amostra foi composta por 684 mulheres que tiveram a região do trauma perineal identificado. Dentre essas, 41,5% tinham entre 21 e 30 anos e 40,8% tinham até 20 anos de idade, sendo a média de idade correspondente a 23,5; 90,1% consideraram-se negras e 38% completaram o ensino médio. Quanto às características obstétricas, 64,2% realizaram entre 6 ou mais consultas de pré-natal (média de consultas 6,16, DP=2,2), 63% eram primíparas e 79,5% tiveram recém-nascidos a termo. O tempo médio de internamento no centro obstétrico foi de 6,09 horas (DP=6,605), com 59,8% internadas por até 5 horas. Além disso, 60,2% fizeram uso de ocitocina e 51,3% apresentaram laceração espontânea. A maioria dos partos (71,8%) foi realizada por médicos, sendo que 43,1% ocorreram durante a noite. A posição mais adotada foi a horizontalizada (94,7%). No que concerne ao recém-nascido, 88,2% possuíam peso variando entre 2.501 a 4.500 gramas (Tabela 1).

Tabela 1 – Frequência das variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais de puérperas com traumas perineais numa maternidade pública. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2013-2015 (N=684)

(continua)

Variáveis	n (%)	Média (Desvio Padrão)
Idade		
Até 20 anos	279 (40,8)	23,5 (6,565)
Entre 21 e 30 anos	284 (41,5)	
Maior ou igual a 31 anos	121 (17,7)	
Raça/cor		
Negra (pretas e pardas)	616 (90,1)	
Branca	49 (7,1)	
Amarela	17 (2,5)	
Indígena	2 (0,3)	
Escolaridade		
Não sabe ler ou escrever	8 (1,2)	
Ensino fundamental incompleto	191 (27,9)	
Ensino fundamental completo	49 (7,2)	

Tabela 1 – Frequência das variáveis sociodemográficas, obstétricas e neonatais de puérperas com traumas perineais numa maternidade pública. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2013-2015 (N=684)

Variáveis	n (%)	Média (Desvio Padrão)
Ensino médio incompleto	154 (22,5)	
Ensino médio completo	260 (38)	
Ensino superior incompleto	15 (2,2)	
Ensino superior completo	7 (1,0)	
Número de consultas pré-natal		
Até 5 consultas	245 (35,8)	6,16 (2,215)
Entre 6 ou mais consultas	439 (64,2)	
Grau de paridade		
Primípara	431 (63)	0,54 (0,856)
Secundípara	168 (24,6)	
3 ou mais	85 (12,4)	
Idade gestacional		
< 36 semanas	57 (8,3)	38,8 (1,760)
Entre 37 e 41 semanas	544 (79,5)	
> 42 semanas	83 (12,2)	
Tempo de internamento no Centro Obstétrico		
Até 5 h	409 (59,8)	6,09 (6,605)
Entre 6 e 10 h	174 (25,4)	
Após 11 h	101 (14,8)	
Uso de Ocitocina		
Sim	412 (60,2)	
Não	272 (39,8)	
Condição perineal		
Laceração espontânea	351 (51,3)	
Episiotomia	333 (48,7)	
Profissional que realizou o parto		
Enfermeiro obstetra	44 (6,4)	
Médico	534 (78,1)	
Enfermeiro generalista	106 (15,5)	
Turno do parto		
Noturno	295 (43,1)	
Matutino	198 (28,9)	
Vespertino	191 (28)	
Postura utilizada no parto		
Horizontalizada	648 (94,7)	
Verticalizada	36 (5,3)	
Peso do recém-nascido		
Até 2.500 gramas	55 (8,0)	3155,13 (512,630)
De 2.501 a 4.500 gramas	603 (88,2)	
Maior que 4.501 gramas	26 (3,8)	

Fonte: Elaboração própria.

Entre as mulheres estudadas, 82,2% tiveram trauma no períneo posterior, decorrentes de lacerações espontâneas e episiotomia, e 17,8% tiveram traumas no períneo anterior, decorrentes

apenas de lacerações. As dificuldades nas atividades habituais foram relatadas por 80,4% das puérperas e 79,7% tiveram problemas locais decorrentes dos traumas (Tabela 2).

Tabela 2 – Frequência da região do trauma perineal, atividades habituais e necessidades fisiológicas dificultadas e ocorrência de problemas locais em puérperas numa maternidade pública. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2013-2015 (N=684)

Variáveis	n	%
Região do trauma perineal		
Períneo posterior	562	82,2
Períneo anterior	122	17,8
Total	684	100
Períneo posterior		
Laceração	234	41,6
Episiotomia	328	58,4
Total	562	100
Períneo anterior		
Laceração	117	95,9
Episiotomia	5	4,1
Total	122	100
Atividades habituais e necessidades fisiológicas dificultadas		
Sim	550	80,4
Não	134	19,6
Total	684	100
Ocorrência de problemas locais		
Sim	545	79,7
Não	139	20,3
Total	684	100

Fonte: Elaboração própria.

Mulheres com traumas posteriores apresentaram menor verbalização de ardor (RP 0,5; IC 95%=0,34-0,86; p-valor=0,010), maior probabilidade para relato de dor (RP 3,4;

IC 95%=1,84-6,34; p=0,000) e ocorrência de edema (RP 2,5; IC 95%=1,07-6,08; p=0,028) (Tabela 3).

Tabela 3 – Associação entre região do trauma perineal e ocorrência de problemas locais em puérperas com traumas perineais numa maternidade pública. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2013-2015 (N=684)

Variáveis	Sim (n)	Não (n)	Razão de Prevalência (Intervalo de Confiança)	p-valor
Dor				
Períneo Posterior	92,7% (422)	7,3% (33)	3,4 (1,845- 6,348)	0,000
Períneo Anterior	78,9% (71)	21,1% (19)		
Ardor				
Períneo Posterior	42,4% (193)	57,6% (262)	0,5 (0,347- 0,869)	0,010
Períneo Anterior	57,3% (51)	42,7% (38)		
Edema				
Períneo Posterior	15,6% (71)	84,4% (384)	2,5 (1,075- 6,083)	0,028
Períneo Anterior	6,7% (6)	93,3% (83)		

Fonte: Elaboração própria.

Concernente às necessidades fisiológicas, mulheres com trauma no períneo posterior apresentaram mais dificuldade para dormir

(RP=2,0; IC 95%=1,14-3,62; p=0,014) e menos relato de dificuldade para urinar (RP=0,5; IC 95%=0,32-0,78; p=0,002) (Tabela 4).

Tabela 4 – Associação entre região do trauma perineal e dificuldade na realização de necessidades fisiológicas em puérperas com traumas perineais numa maternidade pública. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2013-2015 (N=684)

Variáveis	Sim (n)	Não (n)	Razão de Prevalência (Intervalo de Confiança)	p-valor
Sono				
Períneo Posterior	29,2% (133)	70,8% (322)	2,0 (1,149- 3,621)	0,013
Períneo Anterior	16,8% (16)	83,2% (79)		
Diurese				
Períneo Posterior	38,7% (176)	61,3% (279)	0,5 (0,320- 0,781)	0,002
Períneo Anterior	55,8% (53)	44,2% (42)		
Higiene íntima				
Períneo Posterior	38,9% (177)	61,1% (278)	0,8 (0,536- 1,312)	0,440
Períneo Anterior	43,2% (41)	56,8% (54)		
Evacuação				
Períneo Posterior	7,5% (34)	92,5% (421)	2,5 (0,745- 8,238)	0,127
Períneo Anterior	3,2% (3)	96,8% (92)		
Alimentação				
Períneo Posterior	2,9% (13)	97,1% (442)	0,9 (0,956- 0,987)	0,095
Períneo Anterior	0% (0)	100% (95)		

Fonte: Elaboração própria.

Quanto às atividades habituais dificultadas, foi encontrada associação estatisticamente significativa entre trauma no períneo

posterior e dificuldade para deambular (RP=1,6; IC 95%=1,03-2,52; p=0,035) e sentar (RP=2,4; IC 95%=1,41-4,03; p=0,001) (Tabela 5).

Tabela 5 – Associação entre região do trauma perineal e atividades habituais dificultadas em puérperas com traumas perineais numa maternidade. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2013-2015 (N=684)

Variáveis	Sim (N)	Não (N)	Razão de Prevalência (Intervalo de Confiança)	p-valor
Deambular				
Períneo Posterior	58,2% (265)	41,8% (190)	1,6 (1,037- 2,521)	0,033
Períneo Anterior	46,3% (44)	53,7% (51)		
Sentar				
Períneo Posterior	86,4% (393)	13,6% (62)	2,4 (1,414- 4,036)	0,001
Períneo Anterior	72,6% (69)	27,4% (26)		
Vestir-se				
Períneo Posterior	20,2% (92)	79,8% (364)	1,1 (0,654- 2,055)	0,612
Períneo Anterior	17,9% (17)	82,1% (78)		
Amamentar				
Períneo Posterior	10,5% (48)	89,5% (408)	1,1 (0,532- 2,377)	0,759
Períneo Anterior	9,5% (9)	90,5% (86)		

Fonte: Elaboração própria.

Discussão

Os traumas perineais foram localizados, em sua maioria, no períneo posterior (82,2%), com um percentual de 51,3% de episiotomias e 48,7%

de lacerações espontâneas. Um estudo transversal desenvolvido com 317 primíparas que tiveram parto normal sem episiotomia aponta a frequência de traumas perineais posteriores de 52% nas mulheres estudadas, resultantes apenas

de lacerações perineais espontâneas⁽⁸⁾. Uma pesquisa realizada com 3.425 puérperas, sendo 45,6% primíparas, identificou frequência de lacerações de gravidade leve e grave próximo de 37%⁽¹¹⁾, valor semelhante ao encontrado no atual estudo.

Os traumas perineais posteriores podem ser provenientes de lacerações e/ou episiotomias e, por atingirem os músculos perineais, apresentam maior extensão e profundidade. Além disso, normalmente demandam sutura, o que pode gerar problemas perineais e limitação de algumas atividades nos primeiros dias do puerpério.

Neste estudo, os problemas locais foram encontrados em 79,7% das puérperas entrevistadas, sendo dor, ardor e edema os mais frequentes, tanto no períneo posterior quanto no anterior. Observaram-se diferenças estatisticamente significativas entre trauma perineal posterior e esses três problemas. As mulheres com trauma no períneo posterior apresentaram prevalência 3,4 vezes maior de dor e 2,5 vezes maior de edema. Essas mesmas mulheres apresentaram prevalência 0,5 vezes menor para o relato de ardor.

A dor é um sintoma comum nas mulheres com traumas perineais e pode desencadear problemas, sendo a presença de trauma perineal estatisticamente associada à ocorrência de dor no puerpério^(9,12-15). Estudo transversal desenvolvido com 147 mulheres no pós-parto vaginal de gestação de baixo risco detectou que 51,7% referiram dor perineal no pós-parto imediato. Contudo, 28,6% do total das puérperas incluídas não apresentavam trauma perineal⁽¹⁵⁾. Outro estudo detectou frequência de relatos de dor perineal igual a 69,1% em puérperas no pós-parto vaginal imediato, sendo que 80% delas apresentavam lesão perineal⁽¹⁶⁾.

Estudo transversal realizado com primíparas mostrou que o nível de dor esteve associado ao número de traumas que a mulher possuía e que as mulheres com traumas perineais relatavam quatro vezes mais dor de intensidade moderada do que aquelas com períneo íntegro (20,7% *versus* 5,6%)⁽¹³⁾.

Em Portugal, estudo transversal realizado com 281 puérperas de partos eutócicos apresentou

que o trauma perineal estava associado ao nível de dor perineal quando as mulheres estavam se movimentando ou sentadas, no segundo dia pós-parto. As mulheres com episiotomias e lacerações espontâneas de 1º ou 2º grau também foram as que relataram mais dor, seja em repouso, em movimento, sentadas ou ao urinar⁽¹⁴⁾.

No que concerne ao ardor, consoante os dados do presente estudo, o trauma no períneo posterior diminui em 50% o risco de a mulher apresentar ardor, ao passo que as mulheres com traumas no períneo anterior relataram, com maior frequência, essa sensação (57,3%). Geralmente pequenas lacerações que atingem a mucosa vaginal não demandam sutura⁽³⁾, o que pode estar relacionado a essa sensação. Ademais, o ardor ocorre devido ao estímulo dos nervos superficiais e das terminações nervosas da pele⁽¹⁷⁾.

Uma pesquisa do tipo transversal realizada em São Paulo, com 303 puérperas, demonstrou que 66,7% das mulheres com laceração espontânea sentiram ardor vulvar⁽³⁾. Pode-se dizer que o ato de urinar provoca esse desconforto, visto que a localização da uretra no períneo anterior facilita o contato entre a urina e as pequenas lesões que não requerem sutura.

O edema pode estar presente mesmo na ausência de traumas perineais, deformando a região vulvar e causando dor⁽¹⁸⁾. Um estudo identificou prevalência de 22% de edema duas horas após o parto, e de 13% em 24 a 48 horas do puerpério. O edema foi encontrado em 16,7% das mulheres com traumas na região posterior, 15% na região anterior e 23,7% nas duas regiões⁽¹⁹⁾.

Esses problemas perineais citados podem estar relacionados ao tipo de fio e à técnica de sutura utilizados. Dentre as 303 mulheres que compuseram um estudo transversal desenvolvido em São Paulo, 80,5% tiveram trauma perineal e todas foram suturadas com o fio *catgut* simples. O relato de dor estava presente em 18,5% das participantes, sendo que 37,5% apresentaram edema⁽¹²⁾. Estudo prospectivo realizado em Davangere, Índia, cuja amostra foi de 400 mulheres, comparou o fio Vycril® com o cromado e demonstrou que o fio cromado causa mais dor perineal, endurecimento local, deiscência

e edema ainda no puerpério imediato⁽²⁰⁾. Com relação à técnica de sutura, um ensaio controlado aleatório realizado em São Paulo mostrou que 16,7% das mulheres com traumas perineais suturadas pela técnica interrompida sentiram dor e conseqüentemente tiveram dificuldade para urinar⁽⁸⁾.

No tocante ao atendimento às necessidades fisiológicas, o atual estudo demonstrou que mulheres com trauma perineal posterior apresentaram prevalência 2,0 vezes maior de dificuldade para dormir, e 50% menos chance de urinar. Isto explica o fato de as mulheres com trauma no períneo anterior sentirem mais ardor. Ademais, como já foi mencionado, o pH da urina e as lesões superficiais não suturadas podem colaborar para a ocorrência desses desconfortos.

Com relação às atividades habituais, houve mais relatos de dificuldade para sentar e deambular. Mulheres com trauma no períneo posterior apresentaram prevalência 1,6 vezes maior de dificuldade para deambular (IC 95%: 1,031-2,507) e 2,3 vezes maior para sentar (IC 95%: 1,417-4,046).

Em pesquisa descritiva desenvolvida em Ribeirão Preto (SP) com 50 mulheres em pós-parto vaginal com episiotomia, as atividades referidas por elas como realizadas com limitação, devido à presença de dor perineal, foram: sentar, deitar, deambular, urinar, evacuar, realizar higiene íntima e dormir⁽²¹⁾. Os resultados de outro estudo apontaram que a sutura interrompida dificultou que 66,7% das mulheres sentassem e que 20% delas deambulassem, devido à dor causada no local da sutura⁽⁸⁾.

Estudo realizado na Austrália com 215 puérperas, cujo objetivo foi identificar os efeitos da dor na recuperação pós-parto, apresentou que as mulheres com dor tinham dificuldade para cuidar ou alimentar seu bebê e para realizar atividades como levantar, sentar ou caminhar⁽²²⁾.

Dessa forma, observa-se que os problemas causados pelos traumas perineais podem afetar a qualidade de vida da puérpera devido às limitações decorrentes dos problemas locais⁽²¹⁾. Esse impacto na qualidade de vida e bem-estar traduz-se, por exemplo, no medo de ir ao

banheiro; impossibilidade de realizar atividades domésticas e ir ao supermercado; dificuldade de sentar-se à mesa para alimentar-se; sentir seu corpo diferente, anormal, devido ao trauma no períneo; e pela dor que dificulta a realização dos cuidados ao recém-nascido⁽²³⁾. Isso evidencia que a mulher precisa do suporte da família no período puerperal, assim como é necessário que os profissionais da saúde implementem cuidados na tentativa de prevenir os traumas ou amenizar os sinais e sintomas associados a esses.

Um método que pode ser instituído com essa finalidade é a crioterapia, utilizada num ensaio clínico randomizado e controlado, durante 10 minutos, em puérperas de parto vaginal sem edema ou lacerações de 3º e 4º graus, com queixa de dor de intensidade superior a 3 (escala numérica). Os resultados desse estudo mostraram que houve redução estatisticamente significativa na intensidade da dor no grupo que utilizou a crioterapia em relação ao grupo controle (4,0 contra 0,7, $p < 0,0001$) quando comparados os momentos anterior e imediatamente após a intervenção, bem como os momentos anterior e 2 horas após o uso ($p = 0,002$). Além disso, a maioria das mulheres (77%) considerou que a aplicação do gelo era confortável⁽²⁴⁾.

Apesar de existirem essas práticas, é importante considerar, como mostrado no atual estudo, que, a depender da localização do trauma perineal, as mulheres estarão expostas a diferentes limitações, o que também deve ser avaliado diante da implementação de intervenções que possam reduzir os sinais e sintomas e melhorar o bem-estar das puérperas.

O presente estudo apresentou algumas limitações. Não foram encontradas, na literatura nacional e internacional, pesquisas comparando a região do trauma perineal com a ocorrência de problemas perineais e dificuldades para realizar algumas necessidades fisiológicas e atividades habituais que pudessem ser utilizadas na comparação com os achados deste estudo. Por isso, a discussão foi baseada em estudos realizados com mulheres submetidas à episiotomia. Ademais, o estudo não considerou o momento em que as mulheres apresentaram edema perineal,

se durante ou imediatamente após o parto ou a sutura perineal, não incluiu as mulheres com períneo íntegro, não considerou a postura utilizada no parto e não excluiu as mulheres que não apresentaram sutura perineal e lacerações espontâneas não suturadas para fins de comparação.

Conclusão

Foi observada associação entre a região do trauma perineal e a ocorrência de problemas locais, o atendimento de necessidades fisiológicas e a realização de atividades habituais por mulheres no pós-parto vaginal. Houve maior prevalência de dor perineal e edema entre as mulheres com trauma na região posterior do períneo e de ardor naquelas com traumas na região anterior.

Quanto ao atendimento de necessidades fisiológicas e realização de atividades básicas, as mulheres com perineorrafia posterior relataram maior dificuldade para dormir, deambular e sentar; aquelas com sutura na região anterior sentiram mais dificuldade para urinar.

O estudo permitiu concluir-se que os traumas no períneo posterior causam mais dor, edema e dificuldade para dormir, sentar e deambular, ao passo que os traumas na região anterior provocam maior relato de ardor e dificuldade na micção.

Sendo assim, é necessário que os trabalhadores da saúde responsáveis pela atenção à mulher em processo parturitivo discutam coletivamente a frequência de episiotomia e de lacerações que demandam sutura, a fim de reduzir o impacto desses traumas locais na ocorrência de problemas perineais e nas atividades habituais e necessidades fisiológicas de mulheres no pós-parto imediato. É recomendável a utilização de medidas preventivas para a ocorrência de traumas perineais durante o processo parturitivo.

É também necessária a reformulação dos cuidados prestados às mulheres durante o processo de parturição, no que se refere à utilização de proteção perineal e, no puerpério imediato, incluir a avaliação da região perineal e suas comorbidades associadas como indicador a ser

avaliado pelos trabalhadores da saúde atuantes em unidades de alojamento conjunto.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados, pois os achados desta pesquisa, embora esclareçam as possíveis associações na realidade estudada, não permitem generalizações. Além disso, são necessários estudos que identifiquem medidas de amenização dos sinais e sintomas associados aos traumas perineais, considerando a sua localização.

Colaborações:

1. concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Eula Rayssa Ximenes Ferreira, Erika Anny Costa Cerqueira, Isa Maria dos Santos e Luciano Marques dos Santos;

2. redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Edna Maria de Araújo, Evanilda Souza de Santana Carvalho e Luciano Marques dos Santos;

3. aprovação final da versão a ser publicada: Luciano Marques do Santos e Evanilda Souza de Santana Carvalho.

Referências

1. Montenegro CAB, Rezende Filho J. Bases morfológicas e funcionais do sistema genital. In: Rezende Filho J, Montenegro CAB. Rezende Obstetrícia. 12a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. p. 37-50.
2. Riesco MLG, Costa ASC, Almeida SFS, Basile ALO, Oliveira SMJV. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(1):77-83.
3. Scarabotto LB, Riesco MLG. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto em nulíparas. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(3):389-95.
4. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinart LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 June 13 [cited 2018 Feb 9];6:CD006672. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28608597>
5. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de

- parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Suppl 1):17-32.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias ao SUS. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: Relatório de recomendação [Internet]. Brasília: 2016. [cited 2017 Sep 12]. Available from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/2016/Relatorio_Diretriz-PartoNormal_CP.pdf
 7. Caroci AS, Riesco MLG, Leite JS, Araújo NM, Scarabotto LB, Oliveira SMJV. Localização das lacerações perineais no parto em mulheres primíparas. *Rev Enferm UERJ*. 2014;22(3):402-8.
 8. Almeida SFS, Riesco MLG. Ensaio clínico controlado aleatório sobre duas técnicas de sutura do trauma perineal no parto normal. *Rev Latino-am Enfermagem* [Internet]. 2008 [cited 2016 Feb 2];16(2):1-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_16.pdf
 9. Francisco AA, Oliveira SMJV, Santos JO, Silva FMB. Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(1):94-100.
 10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 2012.
 11. Oliveira IS, Brito LGO, Quintana SM, Duarte G, Marcolin AC. Perineal trauma after vaginal delivery in healthy pregnant women. *São Paulo Med J* [Internet]. 2014 [cited 2018 Mar 9];132(4):231-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v132n4/1516-3180-spmj-1516-3180-2014-1324710.pdf>
 12. Amorim Francisco A, Junqueira Vasconcellos de Oliveira SM, Barbosa da Silva FM, Bick D, Gonzalez Riesco ML. Women's experiences of perineal pain during the immediate postnatal period: a cross-sectional study in Brazil. *Midwifery* [Internet]. 2011 Dec [cited 2016 Feb 2];27(6):254-9. Available from: [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(10\)00173-7/fulltext](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(10)00173-7/fulltext)
 13. 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(Esp):40-5.
 14. Ferreira CMM. Dor perineal no pós-parto: estudo de alguns fatores associados [dissertação]. Viseu (PT): Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu; 2011 [cited 2016 Feb 2]. Available from: <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/1622>
 15. Mathias AERA, Pitangui ACR, Vasconcelos AMA, Silva SS, Rodrigues PS, Dias TG. Mensuração da dor perineal no pós-parto vaginal imediato. *Rev Dor* [Internet]. 2015 out-dez [cited 2016 Feb 2];16(4):267-71. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v16n4/pt_1806-0013-rdor-16-04-0267.pdf
 16. Soares ADS, Couceiro TCM, Lima LC, Flores FLL, Alcoforado BEM, Couceiro Filho RO. Association of Pain Catastrophizing with the Incidence and Severity of Acute and Persistent Perineal Pain after Natural Childbirth: Longitudinal Cohort Study. *Rev Bras Anesthesiol* [Internet]. 2013 [cited 2018 Mar 9];63(4):317-21. Available from: https://ac.els-cdn.com/S0104001413000031/1-s2.0-S0104001413000031-main.pdf?_tid=96074786-5631-4837-89cc-c8df758ddcec&acdnat=1520902377_28cf536035b995445206bfd38bb1eba0
 17. Moore KL, Dalley AF, Agur AMR. Anatomia orientada para a clínica. 7a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
 18. Riesco MLG, Oliveira SMJV. Avaliação do edema perineal no pós-parto: concordância entre observadores. *Rev gaúcha enferm*. 2007 dez;28(4):465-72.
 19. Leite JC. Caracterização das lacerações perineais espontâneas no parto normal [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2012 [cited 2016 Feb 2]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-20022013-151836/pt-br.php>
 20. Bharathi A, Reddy DB, Kote GS. A prospective randomized comparative study of vicryl rapide versus chromic catgut for episiotomy repair. *J Clin Diagn Res* [Internet]. 2013 Feb [cited 2016 Feb 2];7(2):326-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3592303/pdf/jcdr-7-326.pdf>
 21. Beleza ACS, Ferreira CHJ, Sousa L, Nakano AMS. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Rev Bras Enferm*. 2012 mar-abr;65(2):264-8.
 22. East CE, Sherburn M, Nagle C, Said J, Forster D. Perineal pain following childbirth: Prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. *Midwifery* [Internet]. 2012 Feb [cited 2016 Feb 2];28(1):93-7. Available from:

[http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(10\)00188-9/fulltext](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(10)00188-9/fulltext)

23. Way S. A qualitative study exploring women's personal experiences of their perineum after childbirth: Expectations, reality and returning to normality. *Midwifery* [Internet]. 2012 Oct [cited 2018 Feb 9];28(5):712-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21978497>
24. Francisco AA, Oliveira SMJV, Steen M, Nobre MRC, Souza EV. Ice pack induced perineal analgesia after spontaneous vaginal birth: Randomized controlled trial. *Women Birth* [Internet]. 2018 Jan [cited 2018 Feb 9]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29337008>

Recebido: 2 de setembro de 2017

Aprovado: 13 de março de 2018

Publicado: 27 de julho de 2018



A Revista Baiana de Enfermagem utiliza a Licença Creative Commons - Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

Este artigo é de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho para fins não comerciais e, embora, os novos trabalhos tenham de lhe atribuir o devido crédito e não possam ser usados para fins comerciais, os usuários não têm de licenciar esses trabalhos derivados sob os mesmos termos.