



PAIN EVALUATION CAUSED BY PERINEORRHAPHY IN NORMAL DELIVERY
AVALIAÇÃO DA DOR DECORRENTE DA PERINEORRAFIA NO PARTO NORMAL
EVALUACIÓN DEL DOLOR DECURRENTE DE LA PERINERRAFIA EN LO PARTO NORMAL

Camila Barreto de Almeida¹, Carla Coutinho Sento Sé², Elaine Gonçalves Pereira³,
 Adriana Lenho de Figueiredo Pereira

ABSTRACT

Objectives: To measure the perineum pain in the puerperal women who had perineorrhaphy and to characterize their pain perception. **Method:** Descriptive study and of quantitative approach, which used the qualitative pain scale (QPS) and the Brazilian version of the McGill questionnaire (Br-MGQ) for pain assessment. **Results:** We interviewed fifty-three puerperal women. The episiotomy was principal (70%) cause of perineal suturing. Half (50%) of mothers who had a perineal laceration considered mild pain, and most (46%) who had episiotomies reported moderate pain. The perineal pain caused by episiotomy was characterized as one that bothers (evaluative [56.7%]) and is painful (sensory [51%]). While in the perineal laceration the pain was characterized as sensible (sensory [50.0%]) and that bothers (evaluative [50.0%]). **Conclusion:** The perineum pain has intensity and characterization differentiated in the episiotomy and perineal laceration. **Descriptors:** Pain, Perineum, Episiotomy.

RESUMO

Objetivos: Mensurar a dor no períneo em puérperas que tiveram perineorrafia e caracterizar sua percepção dolorosa. **Método:** Pesquisa descritiva e de abordagem quantitativa, que utilizou a Escala Qualitativa de Dor (EQD) e versão brasileira do Questionário McGill (Br-MGQ) para avaliação da dor. **Resultados:** Foram entrevistadas cinquenta e três puérperas. A episiotomia foi o principal (70%) motivo de sutura perineal. Metade (50%) das puérperas que teve laceração perineal considerou a dor leve e a maior parte (46%) que teve episiotomia referiu dor moderada. A dor no períneo decorrente da episiotomia foi caracterizada como aquela que incomoda (avaliativa [56,7%]) e é dolorida (sensorial [51%]). Enquanto na laceração perineal a dor foi caracterizada como sensível (sensorial [50,0%]) e que incomoda (avaliativa [50,0%]). **Conclusão:** A dor no períneo tem intensidade e caracterização diferenciada na episiotomia e na laceração perineal. **Descritores:** Dor, Períneo, Episiotomia.

RESUMEN

Objetivos: Medir el dolor en el perineo en las puérperas que tuvieran perineorrafia y caracterizar su percepción del dolor. **Método:** Investigación descriptiva y de la abordaje cualitativa, que utilizó la Escala Cualitativa de Dolor (ECD) y la versión brasileña del cuestionario de McGill (Br-MGQ) para la evaluación del dolor. **Resultados:** Fueran entrevistadas cincuenta y tres puérperas. La episiotomía fue la principal (70%) causa de la sutura perineal. La mitad (50%) de las madres que tuvo laceración perineal consideró el dolor leve, y la mayor parte (46%) que tuvo episiotomías reporto el dolor moderado. El dolor perineal causado por la episiotomía se caracterizó como aquello que incomoda (de evaluativa [56,7%]) y es doloroso (sensorial [51%]). Mientras que el dolor en la laceración perineal se caracterizó por ser sensibles (sensorial [50,0%]) y que incomoda (evaluativa [50,0%]). **Conclusión:** El dolor perineal tiene la intensidad y la caracterización diferenciada en la episiotomía y la laceración perineal. **Descriptorios:** Dolor, Perineo, Episiotomía.

^{1, 2, 3} Alunas do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica na modalidade de Residência. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil e Universidade do Estado do Rio de Janeiro. E-mails: camilabarretodealmeida@gmail.com, coutinhocarla@bol.com.br, elainegpereira@gmail.com. ⁴ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil. Faculdade de Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Email: adrianalenho.uerj@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Durante o trabalho de parto e parto as regiões pélvica e perineal recebem influência direta em suas estruturas, sofrendo constantes modificações que poderão ocasionar lesões em seus tecidos, seja por laceração espontânea ou por episiotomia. Assim, a maioria das mulheres que são submetidas ao parto vaginal sofre algum tipo de trauma perineal, necessitando de sutura das estruturas vaginais e perineais¹.

No parto normal, a ocorrência de lacerações perineais depende de diversos fatores, que podem estar relacionados às condições maternas, ao feto, ao parto em si e à própria episiotomia, amplamente utilizada para evitar lacerações na região, que constitui um trauma perineal, por vezes, mais severo que as lacerações espontâneas².

As lacerações espontâneas são classificadas segundo a sua extensão como de primeiro, segundo, terceiro e quarto grau. As lacerações de primeiro grau afetam pele e mucosa; de segundo grau estendem-se até os músculos perineais; de terceiro grau atingem o músculo esfíncter do ânus; e de quarto grau a lesão do períneo envolve o conjunto do esfíncter anal e exposição do epitélio anal³.

As lacerações de primeiro grau às vezes nem necessitam de sutura, lacerações de segundo grau em geral podem ser suturadas com facilidade sob analgesia local e, em sua maioria, cicatrizam sem complicações. As lacerações de terceiro grau podem ter conseqüências mais sérias e sempre que possível devem ser suturadas por um obstetra num hospital bem equipado, a fim de evitar problemas de fístulas ou incontinência fecal¹.

A episiotomia é a lesão decorrente da ampliação cirúrgica do orifício vaginal por uma incisão no períneo, durante a última fase do

segundo estágio do trabalho de parto ou nascimento, que tem como objetivo prevenir e minimizar lesões dos tecidos do canal do parto, favorecendo a descida e a liberação do feto, evitando assim, o sofrimento fetal e complicações na cicatrização⁴.

As indicações para a realização de episiotomia são: sofrimento fetal; feto grande; prematuridade; distensibilidade restrita do assoalho pélvico que engloba primiparidade precoce e tardia; distância entre a fúrcula e o ânus menor que três centímetros e edema de vulva; progressão insuficiente do parto; ameaça de laceração de terceiro grau; apresentação pélvica e distócia de ombro².

Segundo evidência científica, as lacerações perineais de 1º e 2º graus apresentam melhores resultados que a episiotomia em termos de perda sanguínea, dor, dispareunia, cicatrização e retomada da função muscular. Portanto, comparadas com a intervenção, as lacerações acarretam menos prejuízo para a mulher. Contudo, na maioria dos partos hospitalares, a episiotomia é praticada como medida para prevenção das lacerações perineais, apesar das evidências científicas³.

A episiotomia necessita de sutura, assim como os casos de trauma no períneo causados pela laceração, conforme sua profundidade e extensão. A perineorrafia pode predispor à dor no local no pós-parto, trazendo desconforto materno.

A sensação dolorosa é própria de cada indivíduo que a experimenta. O que pode ser um leve desconforto para uma pessoa pode ser uma dor intensa e insuportável para outra. Muitos fatores influenciam o modo pelo qual a dor é sentida. O limiar de dor pode ser influenciado por seu nível de endorfinas, substância semelhante à opiáceos que são produzidas pelo corpo em

resposta à dor⁵. Apenas a mulher que está sentindo a dor pode descrevê-la ou saber sua extensão.

A dor é definida como uma experiência subjetiva desagradável, sensorial e emocional, associada com lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos dessa lesão. A dor pode ser influenciada pela memória, pelas expectativas e pelas emoções, além de fatores como: condições sócio-econômicas, pensamentos, contexto cultural, sinais vitais, história médico-cirúrgica, estratégia de enfrentamento, dentre outros aspectos. Justamente por ser uma experiência que compreende uma variedade de domínios, sua mensuração se torna ampla e complexa⁶.

Desse modo, a dor pode ser considerada um fenômeno multidimensional que envolve aspectos fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais.

Partindo desse conjunto de fatores envolvidos com a dor no períneo no pós-parto, foi proposta a presente pesquisa que objetivou mensurar a dor no períneo em puérperas que tiveram perineorrafia e caracterizar sua percepção dolorosa.

METODOLOGIA

Pesquisa do tipo descritiva com abordagem quantitativa, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Município do Rio de Janeiro, protocolo n° 13/10.

A coleta de dados foi realizada no Alojamento Conjunto de uma maternidade pública localizada na zona norte do município do Rio de Janeiro. Nesta maternidade foram realizados 8200 partos em 2007. Destes, 5559 foram partos normais. Em média, foram realizados 463 partos normais por mês, no referido ano.

As participantes da pesquisa deveriam apresentar os seguintes critérios de inclusão: idade superior a 18 anos, alfabetizadas, que tiveram parto vaginal sem complicações clínicas e obstétricas, orientadas no tempo e espaço, submetidas à perineorrafia e que não apresentassem qualquer complicação pós-parto. Todas as puérperas que não apresentassem esses parâmetros pré-definidos foram excluídas do estudo.

Participou da pesquisa um total de 53 puérperas submetidas à perineorrafia no parto normal. Foi garantido a todas deixarem de participar da pesquisa em qualquer fase, e que a pesquisa não iria interferir na assistência prestada a elas e aos recém-nascidos no setor de Alojamento Conjunto.

O estudo foi realizado no período de abril a agosto de 2010. A coleta de dados foi iniciada, no mínimo, 24 horas após o parto. Foi esperado também um período de seis horas após o uso de analgésico, levando em consideração o tempo de ação do medicamento, evitando seu efeito na avaliação da dor.

Foi utilizado um formulário de dados secundários para identificar o perfil etário e obstétrico das puérperas, idade, paridade, antecedentes e dados obstétricos, dados do trabalho de parto, parto e recém-nascido. Estes dados foram coletados diretamente do prontuário da cliente.

Com o objetivo de mensurar a dor perineal, foi utilizada a Escala Qualitativa de Dor, composta por uma escala de zero a cinco. A Escala Qualitativa de Dor (EQD) é um instrumento que avalia a dor em uma escala de zero a cinco, sendo o maior valor correlacionado à dor quase insuportável e o menor valor a ausência de dor⁷. A caracterização da dor é crescente, de acordo com a numeração escolhida. A correlação numérica

com a escala de dor é: 0 (sem dor), 1 (dor leve), 2 (dor moderada), 3 (dor forte), 4 (dor muito forte) e 5 (dor quase insuportável).

Para caracterizar a dor perineal, utilizamos a versão brasileira validada do Questionário McGill (Br-MGQ) de dor. Esse questionário foi desenvolvido por Melzack, em 1971, para a avaliação multidimensional da dor e fornece medidas quantitativas da dor, que pudessem ser tratadas estatisticamente e permitir comunicação das qualidades sensoriais, afetivas e avaliativas do fenômeno doloroso⁸.

O questionário é constituído por quatro grupos (sensitivo-discriminativo, afetivo-emocional, cognitivo-avaliativo e miscelânea), vinte subgrupos e setenta e oito descritores⁸.

O grupo sensorial-discriminativo (subgrupos de 1 a 10) refere-se às propriedades mecânicas, térmicas, de vividez e espaciais da dor; o grupo afetivo-motivacional (subgrupos de 11 a 15) descreve a dimensão afetiva nos aspectos de tensão, medo e respostas neurovegetativas; os descritores do componente cognitivo-avaliativo (subgrupo 16) permitem ao cliente expressar a avaliação global da experiência dolorosa. Os subgrupos de 17 a 20 compreendem itens de miscelânea. Cada subgrupo é composto por 2 a 6 descritores qualitativamente similares, mas com nuances que os tornam diferentes em termos de magnitude. Assim, para cada descritor corresponde um número que indica sua intensidade⁸.

Foram fornecidas instruções prévias sobre o uso e aplicação da Escala de Dor de McGill para as participantes da pesquisa. As puérperas eram orientadas quanto à escolha de apenas um descritor de cada categoria que melhor descrevesse sua sensação dolorosa, sendo facultada a opção de não escolher qualquer descritor.

A partir do Br-MGQ pode-se chegar às seguintes medidas: número de descritores escolhidos e índice de dor. O número de descritores (índice do número de palavras escolhidas) corresponde às palavras que o paciente escolheu para qualificar (explicar) sua dor. O maior número possível é 20, pois o paciente só pode escolher um descritor de cada grupo, ou não escolher nenhum.

O índice quantitativo de dor é obtido através da somatória dos valores de intensidade dos descritores escolhidos. O valor máximo possível é 78. Estes índices podem ser obtidos no total e para cada um dos quatro componentes do questionário: padrão sensitivo, afetivo, avaliativo e miscelânea.

Os dados coletados foram transportados para um banco de dados no software aplicativo Microsoft Excel®, versão 2007. Os dados foram tabulados, submetidos à estatística descritiva, apresentados por meio de tabelas e gráficos com as respectivas frequências absolutas e relativas e analisados de acordo com suas medidas de distribuição e de dispersão e confrontados com os achados da literatura nacional e internacional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As 53 (100%) puérperas participantes do estudo tinham a idade média de 28,2 anos, variando de 18 a 40 anos. A maioria (n=18; 34%) estava na faixa etária de 26 a 30 anos. Todas tiveram seu parto resultante de gestações a termo. Quanto à paridade, a maior parte (n=27; 51%) eram primíparas, sendo que 24,5% (n=13) eram secundíparas e 24,5% (n=13) múltíparas.

Grande parte (n=38; 72%) das puérperas teve seus partos assistidos pelo profissional médico e os demais por enfermeiros obstétricos.

Foi encontrado elevado índice de episiotomia, sendo realizada em 70% (n=37) das parturientes.

Esse percentual de episiotomia é muito elevado em comparação aos observados nas estatísticas internacionais. Nos Estados Unidos da América, a taxa de episiotomia vem caindo nos últimos 25 anos e foi registrada em aproximadamente 25% do total de partos vaginais em 2003⁹. Na Europa, estima-se que essa taxa esteja em torno de 30%¹⁰.

A recomendação atual da Organização Mundial de Saúde é de restrição do uso da episiotomia, pois em alguns casos ela pode ser necessária. Entretanto, a taxa de episiotomia não deve ultrapassar 10%, sendo esta taxa encontrada no ensaio clínico randomizado inglês que analisou partos normais de baixo risco, sem associação com riscos maternos ou neonatais¹.

Em estudo que investigou 416.852 nascimentos ocorridos em 122 hospitais de 16 países latino-americanos no período de 1995 a 1998, nove entre dez mulheres primíparas cujos filhos nasceram espontaneamente foram submetidas à episiotomia. No Brasil, a taxa desse procedimento foi de 94,2%, com proporção semelhante para hospitais públicos e privados¹¹.

Em revisão sistemática foi evidenciado que o uso rotineiro da episiotomia não reduz o risco de trauma perineal severo, lacerações de 3º e 4º graus, não previne lesões no pólo cefálico fetal e nem melhora os escores de Apgar. Além disto, promove maior perda sangüínea e não reduz o risco de incontinência urinária de esforço, dispareunia e dor perineal após o parto^{12,13}.

A manobra de kristeller foi utilizada no parto de quase metade (n=22; 41%) das puérperas e a ocitocina administrada durante a assistência ao parto em 55% (n=29) das participantes do estudo. A maioria (n=37; 70%) teve a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e

parto.

Estudos recentes evidenciam que a aplicação de pressão no fundo uterino durante o segundo período clínico do parto também aumenta o risco de trauma perineal severo¹⁴. A infusão intravenosa de ocitocina pode levar ao desprendimento cefálico abrupto devido ao aumento das contrações e da pressão intra-uterina estarem relacionados ao trauma perineal¹⁵. Além disso, sua utilização está relacionada ao aumento da sensação dolorosa, podendo causar uma postura mais restrita ao leito, maior predisposição a ocorrência de hiperestimulação uterina e alteração na frequência cardíaca fetal¹⁶.

Em relação ao índice de Apgar dos neonatos cujas mães participaram da presente pesquisa, foi encontrado esse índice maior que nove em 51% (n=27) no primeiro minuto de vida e 75% (n=40) no quinto minuto de vida. Houve um caso de asfixia neonatal, neonato que obteve o índice de Apgar menor que sete no quinto minuto de vida. A média de peso dos recém-nascidos foi de 2795g, variando de 1940g a 4965g.

A amostra do estudo é muito pequena para estabelecer comparação com outros estudos epidemiológicos acerca da vitalidade dos neonatos. No entanto, em pesquisa¹⁷ realizada no município do Rio de Janeiro, em 2004, encontrou-se em 4,6% dos nascidos vivos o índice de Apgar menor do que sete no quinto minuto de vida.

Em relação à ocorrência de lacerações perineais, 30% (n=16) das puérperas entrevistadas tiveram esse trauma no períneo. Considerando apenas esse quantitativo, laceração perineal de primeiro grau foi preponderante, ocorrendo em 81,3% (n=13) das puérperas. As lacerações do períneo de segundo grau ocorreram em 18,7% (n=3) das mulheres participantes da pesquisa. Não houve a ocorrência de lacerações de 3º ou 4º graus na amostra estudada.

Estudo¹⁸ realizado com 70 nulíparas que não foram submetidas a episiotomia, encontrou a frequência de 84% de lacerações de primeiro grau. Outra investigação realizada em São Paulo, que estudou 70 partos assistidos no Centro de Parto Normal, encontrou 82,5% de laceração perineal de primeiro grau¹⁹. Estes resultados são semelhantes aos achados encontrados na presente pesquisa, evidenciando que a episiotomia deve ser realizada de forma criteriosa, devido ao fato de que a maioria das lacerações perineais são superficiais e não causam traumas graves no períneo.

Ao analisar a intensidade da dor perineal das puérperas de acordo com a Escala Qualitativa de Dor, foi verificado que 18,9% (n=7) das puérperas submetidas à episiotomia não referiram dor. Entre aquelas que tiveram laceração perineal e não referiram dor no local, o percentual foi duas vezes maior, representando 37,5% (n=6) das puérperas. Cabe esclarecer que nesse segmento estão incluídas todas as puérperas que sofreram laceração de segundo grau.

A categoria dor leve foi escolhida por metade (n=8; 50,0%) das puérperas que sofreram laceração. Entre aquelas que tiveram episiotomia, a maior parte (n=17; 46%) caracterizou a dor como moderada. Apenas uma (3%) puérpera submetida à episiotomia referiu dor quase insuportável, como pode ser observado na tabela 1.

Intensidade da dor	Laceração		Episiotomia	
	N	%	N	%
Sem Dor	6	37,6	7	18,9
Dor leve	8	50,0	6	16,2
Dor moderada	1	6,2	17	46,0
Dor forte	1	6,2	6	16,2
Dor muito forte	-	-	-	-
Dor quase insuportável	-	-	1	2,7
Total	16	100	37	100

Tabela 1 - Distribuição da intensidade da dor perineal segundo as puérperas que tiveram perineorrafia decorrente de episiotomia e laceração perineal. Maternidade Municipal. Rio de Janeiro, 2010

Em uma metanálise publicada na França, avaliou-se as complicações da episiotomia. No pós-parto, foi observado que as mulheres submetidas à episiotomia queixam-se mais de dor perineal em comparação com as mulheres que apresentavam períneo intacto ou com lacerações perineais de primeiro ou segundo graus²⁰.

Em pesquisa brasileira²¹ que mensurou a percepção dolorosa de quarenta puérperas primíparas submetidas à episiotomia, identificou-se que a dor perineal foi considerada moderada. Esse achado foi semelhante aos resultados encontrados no presente estudo.

Os aspectos qualitativos da dor foram analisados a partir dos descritores verbais do McGill. A categoria sensorial e mista apresentou maior número de descritores escolhidos pelas puérperas. Ressalta-se que o BR-MGQ apresenta o maior número de seus descritores concentrados na categoria sensorial (42 descritores - 54%), seguida pela categoria mista (17 descritores - 22%), afetiva (14 descritores - 18%) e avaliativa (5 descritores - 6%).

Na categoria sensorial (subgrupo de 1 a 10), com variação de 0 a 42 descritores, foram escolhidos 26 descritores no grupo que sofreu laceração e 28 no grupo submetido à episiotomia. Os descritores mais freqüentes escolhidos pelo grupo que teve laceração perineal foram: sensível (n=8; 50%); latejante, agulhada e dolorida, ambos com freqüência de 37,5% (n=6); físgada, fina, pontada e ardor, que obtiveram a freqüência de 31,2% (n=5) cada; e cólica (n=4; 25%).

No grupo de puérperas submetido à episiotomia, os descritores mais freqüentes foram: dolorida (n=19; 51%); pontada, físgada e fina, ambos com a freqüência de 48,6% (n=18); latejante (n=16; 43,2%); sensível (n=15; 40,5%); agulhada (n=13; 35,1%); e ardor e beliscão, que obtiveram a freqüência de 29,7% (n=11). A

categoria sensorial refere-se às propriedades mecânicas, térmicas, de vividez e espaciais da dor experimentadas pelas puérperas.

Na categoria afetiva foram escolhidos 8 descritores em ambos os grupos. Os descritores mais frequentes entre o grupo que teve laceração perineal foram: cansativa (n=5; 31,2%) e enjoada (n=3; 18,7%). Os mesmos descritores foram escolhidos pelo grupo submetido à episiotomia, porém na ordem inversa: enjoada (n=14; 37,8%) e cansativa (n=11; 29,7%). Estes descritores representam os aspectos de tensão, do medo e da resposta neurovegetativa, pertinentes a dimensão afetiva da dor.

Na categoria avaliativa, foram escolhidos 2 descritores no grupo de puérperas que teve laceração perineal e 4 descritores no grupo submetido à episiotomia. Os descritores mais escolhidos pelas puérperas cujo períneo lacerou

foram: que incomoda (n=8; 50%) e chata (n=2; 12,5%). Os mesmos descritores tiveram maior representatividade no grupo submetido à episiotomia, obtendo as seguintes frequências: 56,7% (n=21) que incomoda e 19,8% (n=7) chata. As respostas dessa categoria permitem as puérperas expressarem a avaliação global da experiência dolorosa.

Na categoria miscelânea foram escolhidos 6 descritores no grupo de puérperas que teve laceração perineal e 11 descritores no grupo submetido à episiotomia. Entre as puérperas que tiveram laceração perineal os descritores mais frequentes foram: que repuxa (n=6; 37,5%), aborrecida (n=3; 18,7%) e fria (n=2; 12,5%). Estes descritores também foram escolhidos pelo grupo submetido à episiotomia, mas com as seguintes frequências: que repuxa (n=14; 37,8%), aborrecida (n=6; 16,2%) e fria (n=5; 13,5%). Esses resultados podem ser observados na tabela 2.

Categoria	Descritor	Laceração		Descritor	Episiotomia	
		n(16)	%		n (37)	%
Sensorial	Sensível	8	50,0	Dolorida	19	51,0
	Latejante	6	37,5	Pontada	18	48,6
	Agulhada	6	37,5	Fisgada	18	48,6
	Dolorida	6	37,5	Fina	18	48,6
	Fisgada	5	31,3	Latejante	16	43,2
	Fina	5	31,3	Sensível	15	40,5
	Pontada	5	31,3	Agulhada	13	35,1
	Ardor	5	31,3	Ardor	11	29,7
Afetiva	Cólica	4	25,0	Beliscão	11	29,7
	Cansativa	5	31,3	Enjoada	14	37,8
Avaliativo	Enjoada	3	18,8	Cansativa	11	29,7
	Que incomoda	8	50,0	Que incomoda	21	56,8
Miscelânea	Chata	2	12,5	Chata	7	19,8
	Repuxa	6	37,5	Repuxa	14	37,8
	Aborrecida	3	18,8	Aborrecida	6	16,2
	Fria	2	12,5	Fria	5	13,5

Tabela 2 - Distribuição das categorias e descritores da dor perineal de acordo com o Br-MGQ, segundo as puérperas que tiveram perineorrafia decorrente de episiotomia e laceração perineal. Maternidade Municipal. Rio de Janeiro, 2010

Na presente pesquisa a dor perineal decorrente da episiotomia teve a seguinte ordenação decrescente por frequência dos descritores e suas categorias correspondentes: que incomoda (avaliativa [56,7%]), dolorida (sensorial [51%]); pontada (sensorial [48,6%]), fisgada (sensorial [48,6%]), fina (sensorial [48,6%]) e latejante (sensorial [43,2%]). Enquanto na laceração perineal essa ordenação foi a seguinte: sensível (sensorial [50,0%]), que incomoda (avaliativa [50,0%]), latejante (sensorial [37,5%]), agulhada (sensorial [37,5%]), dolorida (sensorial [37,5%]) e que repuxa (miscelânea [37,5%]).

Em estudo²¹ que analisou a percepção dolorosa somente de puérperas submetidas à episiotomia, encontrou-se as seguintes ordenações dos descritores e categorias mais escolhidos pelas puérperas: dolorida (sensorial [67,5%]), que repuxa (sensorial [60,0%]), incômoda (avaliativa [57,5%]), chata (afetiva [55,0%]), ardida (sensorial [47,5%]), agulhada (sensorial [45,0%]), latejante (sensorial [42,5%]) e em pressão (sensorial [37,5%]). Estes resultados foram diferenciados aos encontrados no presente estudo em relação à categorização da dor. A categoria avaliativa preponderou sobre a sensitiva em relação à maior proporção de escolha do descritor “que incomoda” em relação ao descritor “dolorida”. No entanto, foi semelhante o predomínio de descritores da categoria sensorial e boa parte dos descritores escolhidos pelas mulheres foram os mesmos.

Em relação à percepção dolorosa das mulheres que o períneo foi suturado em decorrência da laceração, houve o predomínio da categoria sensorial sobre o avaliativo, sendo equânime o percentual nos descritores “sensível” e “que incomoda”. Tal achado denota que há diferença qualitativa na percepção dolorosa entre as mulheres que tiveram sutura perineal decorrente da episiotomia e aquelas cujo períneo lacerou espontaneamente.

Em estudo²² canadense identificou-se que a dor perineal no primeiro dia de pós-parto foi relatada em 75% das mulheres com períneo íntegro, 95% com laceração de primeiro ou segundo grau, 95% com episiotomia e 100% com trauma perineal grave. No sétimo dia de pós-parto, esses percentuais caíram para 38%, 60%, 71% e 91%, respectivamente. Os autores concluíram que a dor no períneo é mais frequente e aumenta de acordo com a gravidade do trauma perineal.

Na avaliação do índice de dor foram escolhidos 42 descritores pelo grupo que sofreu laceração, com média de 7,31, e no grupo submetido à episiotomia, a média de descritores foi de 8,27, totalizando 51 descritores. O índice de dor encontrado foi de 13,8 no grupo que sofreu laceração e de 15,4 no grupo submetido à episiotomia. Esses dados podem ser observados na tabela 3.

Categorias	Laceração		Episiotomia	
	Número de Descritores	Índice de Dor	Número de Descritores	Índice de Dor
Sensorial	26	9,75 (0 - 23)	28	10,02 (0 - 23)
Afetivo	8	1,25 (0 - 8)	8	1,32 (0 - 6)
Avaliativo	2	1,12 (0 - 2)	4	1,57 (0 - 5)
Miscelânea	6	1,69 (0 - 6)	11	2,51 (0 - 16)
Total	42	13,8	51	15,4

Tabela 3 - Distribuição das categorias, do número de descritores e do índice de dor de acordo com o Br-MGQ, segundo as puérperas que tiveram perineorrafia decorrente de episiotomia e laceração perineal. Maternidade Municipal. Rio de Janeiro, 2010.

Estudo prospectivo²³ que avaliou a prevalência de dispareunia e dor perineal em 241 puérperas primíparas evidenciou que as lacerações espontâneas de segundo grau causam menos dor que episiotomia²⁸. Outra pesquisa randomizada e controlada identificou que 65,5% das mulheres com episiotomia referiram dor espontânea contra 41,4% com rotura de segundo grau no quarto dia após o parto, sendo encontrada associação estatisticamente significativa entre dor perineal e episiotomia.

Pesquisa⁴ que avaliou a dor perineal pós-episiorrafia por meio do Br-MGQ encontrou maior tendência na escolha de descritores da categoria sensorial e avaliativa. No entanto, a literatura demonstra que na dor aguda há maior tendência dos pacientes escolherem descritores da categoria sensorial e na dor pós-operatória há uma proporção relevante de descritores do grupo afetivo²⁴. Como a dor perineal no pós-parto é classificada como dor aguda, a predominância de descritores do grupo sensitivo foi confirmada nesse estudo.

CONCLUSÃO

A pesquisa evidenciou que a dor no períneo em puérperas submetidas à perineorrafia tem intensidade e caracterização diferenciada na episiotomia e na laceração perineal. A maioria das mulheres que teve laceração de períneo, de primeiro ou segundo grau, a dor foi considerada como leve. Entre aquelas que foram submetidas à episiotomia preponderou a percepção de dor moderada.

No grupo de puérperas que sofreu episiotomia a dor perineal foi descrita principalmente como aquela que incomoda e é dolorida. Enquanto naquelas que tiveram a laceração perineal a dor foi representada como

sensível e que incomoda.

A avaliação da dor, seja através de instrumentos unidimensionais ou multidimensionais, permite aos profissionais o entendimento real do significado da dor sentida pelas puérperas e assim a instituir cuidados para minimizar este desconforto.

Verifica-se a necessidade de implementar estratégias e políticas dirigidas às mulheres e aos profissionais de saúde, que valorizem a subjetividade da experiência dolorosa por meio da avaliação de suas características e intensidade.

O índice de episiotomia encontrado neste estudo foi de 70%, o que demonstra o uso indiscriminado deste procedimento cirúrgico e a necessidade de se repensar as rotinas obstétricas, para que a episiotomia seja realizada apenas nos casos necessários e com indicação precisa.

Apesar da maioria das gestações, partos e o período pós-parto cursarem dentro dos parâmetros considerados fisiológicos, há fatores assistenciais que podem interferir na sensação dolorosa na puérpera. Por outro lado, os profissionais não devem subestimar ou banalizar a queixa de dor das mulheres no alojamento conjunto.

Nesse sentido, o cuidado humano e qualificado implica em um conjunto de ações que inclui o cuidado ao corpo e a subjetividade humana. A dor como um sintoma subjetivo deve ser valorizada no cuidado a mulher no pós-parto e práticas assistenciais ao parto devem ser instituídas levando-se em consideração as evidências científicas acerca de seus benefícios e indicações precisas.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra. Tradução para o português: Organização Panamericana de Saúde (OPAS); 1996.

2. Scarabotto LB, Riesco MLG. Fatores relacionados ao trauma perineal no parto normal em nulíparas. *Rev esc enferm USP*. 2006; 40(3): 389-95.
3. Santos JO, Bolanho IC, Mota JQC, Coleoni L, Oliveira MA. Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008; 12(4): 658-63.
4. Pitanguí ACR, Sousa L, Ferreira CHJ, Gomes FA, Nakano AMS. Mensuração e caracterização da dor perineal em primíparas submetidas à episiotomia. *Acta paul enferm*. 2009; 22(1): 77-82.
5. Cabral IE. *Enfermagem no Cuidado Materno e Neonatal*. 1ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2005.
6. Santana JM. Efeito hipotalgésico da estimulação nervosa transcutânea (TENS) em modelo de dor pós-operatória visceral [tese]. Ribeirão Preto (SP): Faculdade de Medicina USP; 2006
7. Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire - Brazil Roland-Morris. *Braz J Med Biol Res*. 2001; 34 (2): 203-10.
8. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev esc enferm USP*. 1996; 30(3): 473-83.
9. Leah L, CNM, DrPH, FACNM, FAAN, Noelle Borders, CNM, MSN. Minimizing genital tract trauma and pain after spontaneous vaginal birth: episiotomy. *J Midwifery Womens Health*. 2007; 52(3): 246-53.
10. Myers-Helfgott MG, Helfgott AW. Routine use of episiotomy in modern obstetrics: should it be performed? *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1999; 26: 305-25.
11. Althabe F, Belizán J, Bergel E. Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: hospital based descriptive study. *BMJ* 2002; 324(7343): 945-46
12. Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida). In: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008; n.4. Oxford: Update Software Ltd [citado em 28 fev 2011]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane>.
13. Hartmann K, Viswanathan M, Palmieri R, et al. Outcomes of Routine Episiotomy: a systematic review. *Jama*. 2005, 293(17): 2141-48.
14. Hoogsteder PHJ, Pijnenborg JMA. Use of uterine fundal pressure maneuver at vaginal delivery and risk of severe perineal laceration. *Arch Gynecol Obstet*. 2010; 281(3): 579-80.
15. Silva E, Santos IM. A percepção das mulheres acerca da sua parturi(a)ção. *R. pesq.: cuidado é fundamental [periódico on line]*. 2009 set/dez; [citado em 12 Jan 2011]; 1(2): 111-23. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidado_fundamental/article/view/296/286.
16. Svärdby K, Nordström L, Sellström E. Primiparas with or without oxytocin augmentation: a prospective descriptive study. *J Clin Nurs*. 2007; 16(1):179-84.
17. Knupp VMAO, Melo ECP, Oliveira RB. Distribuição do parto vaginal e da cesariana no município do Rio de Janeiro no período de 2001 a 2004. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2008 Mar; 12(1): 39-44.
18. Costa ASC, Riesco MLG, Oliveira SMJV, Schneck CA, Colacioppo PM. Laceração perineal no manejo ativo versus manejo expectante do feto durante o nascimento. *Rev Paul Enferm*. 2007; 26(1): 17-24.
19. Costa ASC. Proteção perineal e manejo do feto no parto normal: estudo comparativo entre

Almeida CB, Sento Sé CC, Pereira EG *et al.*

duas técnicas. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem USP; 2002.

20. Langer B, Minetti A. Immediate and long term complications of episiotomy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2006; 35(1 Suppl):S59-S67
21. 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.
22. 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.
23. Silva SF. Sutura do trauma perineal no parto normal: estudo comparativo entre duas técnicas [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.
24. Pereira LV, Sousa FAEF. Categorização de descritores da dor pós-operatória nas dimensões sensitiva, afetiva e avaliativa da experiência dolorosa. *Rev. Latino-Am Enfermagem.* 2007; 15(4): 563-67.

Recebido em: 03/04/2011

Aprovado em: 30/05/2011