

PENSAMENTO

«Por mais longa que seja a caminhada o mais importante é dar o primeiro passo.»

Vinícius de Moraes

AGRADECIMENTOS

Para a realização deste trabalho de pesquisa, tive o privilégio de contar com a colaboração de muitas pessoas, a quem desejo expressar os meus mais sinceros agradecimentos.

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Manuela Maria Conceição Ferreira, pela ajuda, conselhos, orientações e disponibilidade.

Agradeço também ao Professor Doutor João Carvalho Duarte, pelo apoio prestado ao nível da estatística.

Quero ainda agradecer ao Conselho de Administração do hospital, pela autorização concedida para a aplicação do instrumento de recolha de dados.

A todas as mulheres que participaram neste estudo, pela sua compreensão e disponibilidade, desejo expressar a minha gratidão.

Sem a inestimável ajuda de todos os profissionais do bloco de partos, não teria sido possível concretizar este projecto, pelo que lhes agradeço reconhecidamente.

Finalmente, agradeço à minha família e aos meus amigos, pelo encorajamento e apoio incondicional ao longo deste trabalho.

Viseu, 2011

Carlos Manuel Mascarenhas Ferreira

RESUMO

Enquadramento: A dor perineal como consequência do parto vaginal é um dos problemas mais frequentes no puerpério e pode ter um impacto negativo na qualidade de vida das mulheres, interferindo na realização das suas actividades diárias.

Objectivos: Pretendeu-se analisar a influência de variáveis sócio-demográficas (idade, habilitações literárias) e obstétricas (paridade, IMC, peso do recém-nascido) e ainda dos factores traumatismo perineal e técnicas de sutura no nível de dor perineal no pós-parto, bem como a relação existente entre os respectivos momentos de avaliação (2º, 10º e 45º dia) em quatro situações distintas: repouso, movimento, sentadas e a urinar.

Métodos: Realizou-se um estudo transversal, descritivo-correlacional, de natureza quantitativa, no qual participaram 281 puérperas com partos eutócicos realizados num hospital do centro do país. O instrumento de recolha de dados incluiu dois questionários: um dirigido às puérperas, destinado a obter dados sócio-demográficos, obstétricos e de avaliação da dor perineal e outro dirigido aos profissionais, para obtenção de dados sobre o parto actual.

Resultados: As variáveis habilitações literárias, paridade e peso do recém-nascido tiveram uma influência significativa no nível de dor perineal no pós-parto, respectivamente no décimo dia quando as puérperas estavam sentadas ($p=0,041$), no segundo dia quando sentadas ($p=0,001$) e no 45º dia a urinar ($p=0,000$). A variável traumatismo perineal evidenciou um efeito significativo no nível de dor perineal no segundo dia após o parto quando as puérperas se encontravam em movimento e sentadas ($p=0,007$ e $p=0,002$, respectivamente) e também no 45º dia quando estavam a urinar ($p=0,039$), sendo as mulheres com o traumatismo perineal mais grave (episiotomia e laceração do 1º ou 2º grau) as que referiram mais dor nestas três avaliações. A relação entre os momentos de avaliação (2º, 10º e 45º dia) no nível de dor perineal mostrou-se significativa em todas as situações consideradas ($p=0,000$).

Conclusão: Os resultados encontrados neste estudo convidam-nos à reflexão sobre estratégias a desenvolver no futuro, de modo a serem implementados programas de intervenção adequados tendo em vista a redução da dor perineal no pós-parto e, conseqüentemente, a promoção da saúde e do bem-estar das puérperas.

Palavras-chave: parto eutócico; puerpério; dor perineal; traumatismo perineal; técnicas de sutura

ABSTRACT

Background: Postpartum perineal pain is one of the most common problems after vaginal childbirth and can have a negative impact on women's quality of life, interfering with their daily activities.

Objectives: We aimed to study the influence of socio-demographic (age, education level) and obstetric variables (parity, Body Mass Index, infant birth weight) and other factors such as perineal trauma and suture techniques on the magnitude of postpartum perineal pain and to determine the relation between each moment of evaluation (2nd, 10th and 45th day) for perineal pain in the following circumstances: while resting, moving, sitting and urinating.

Methods: We conducted a transversal, descriptive, co-relational, quantitative study in a pool of 281 women who had a normal vaginal delivery at a hospital in the centre of Portugal. Data was collected from two questionnaires: one of them addressed to the 281 women to collect socio-demographic, obstetric and perineal pain data; and the other one addressed to health care professionals to obtain data concerning the delivery.

Results: The variables maternal education level, parity and infant birth weight had a significant influence on postpartum perineal pain, respectively on the tenth day when the women were sitting ($p=0,041$), on the second day while sitting ($p=0,001$) and on the 45th day while urinating ($p=0,000$). The variable perineal trauma also had a significant effect on perineal pain on the second day after delivery when the women were moving and sitting ($p=0,007$ and $0,002$, respectively) as well as on the 45th day while urinating ($p=0,039$) and the women with the most severe perineal trauma (episiotomy and first or second perineal lacerations) were those who reported more pain in these evaluations. There were statistically significant differences between the second, the tenth and the 45th day after delivery for perineal pain in all circumstances: while resting, moving, sitting and urinating ($p=0,000$).

Conclusions: The evidence found in this study invites us to reflect on the development of strategies, in order to implement adequate programs aiming to reduce perineal pain in the postpartum period and consequently to improve women's health and well-being.

Key Words: normal vaginal delivery; postpartum period; perineal pain; perineal trauma; suture techniques

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
QUADRO 1 - Teste de Kruskal-Wallis relacionando o nível de dor perineal com a idade	84
QUADRO 2 - Teste de Kruskal-Wallis relacionando o nível de dor perineal com as habilitações literárias	85
QUADRO 3 - Teste U de Mann-Whitney entre o nível de dor perineal e a paridade	85
QUADRO 4 - Teste de Kruskal-Wallis relacionando o nível de dor perineal com o IMC	86
QUADRO 5 - Teste Kruskal-Wallis entre o nível de dor perineal e o peso do recém-nascido	87
QUADRO 6 - Teste de Kruskal-Wallis relacionando o nível de dor perineal com o traumatismo perineal	88
QUADRO 7 - Relação entre o nível de dor perineal e a técnica de sutura em mulheres com laceração do 1º grau	89
QUADRO 8 - Relação entre o nível de dor perineal e a técnica de sutura em mulheres com episiotomia ou laceração do 2º grau	89
QUADRO 9 - Relação entre o nível de dor perineal e a técnica de sutura em mulheres com episiotomia e laceração do 1º ou 2º grau	90
QUADRO 10 - Teste de Friedman relacionando o nível de dor perineal entre os momentos de avaliação	90

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
TABELA 1 - Estatísticas relativas à idade	62
TABELA 2 - Caracterização sócio-demográfica da amostra	63
TABELA 3 - Estatísticas relativas às gestações e partos anteriores	72
TABELA 4 - Gestações e partos anteriores	72
TABELA 5 - Caracterização das puérperas quanto ao número de gestações e partos anteriores	72
TABELA 6 - Tipo de partos anteriores	73
TABELA 7 - Caracterização das puérperas quando à realização de episiotomias anteriores	73
TABELA 8 - Tipo de episiotomias anteriores	74
TABELA 9 - Estatísticas relativas à idade gestacional	75
TABELA 10 - Classificação das puérperas quanto à idade gestacional	75
TABELA 11 - Tipo de anestesia utilizado na episiorrafia	75
TABELA 12 - Estatísticas relativas ao IMC	76
TABELA 13 - Classificação das puérperas segundo o IMC	76
TABELA 14 - Estatísticas relativas ao ganho ponderal	77
TABELA 15 - Classificação das puérperas segundo o ganho ponderal	77
TABELA 16 - Estatísticas relativas ao peso do recém-nascido	78
TABELA 17 - Classificação dos recém-nascidos segundo o peso à nascença	78
TABELA 18 - Estatísticas relativas à avaliação da dor	79
TABELA 19 - Métodos para alívio da dor no pós-parto	79
TABELA 20 - Tipo de episiotomia e laceração espontânea	80
TABELA 21 - Caracterização das puérperas quanto ao tipo de traumatismo perineal	81
TABELA 22 - Estatísticas relativas ao tempo de experiência do profissional na execução de episiorrafias	81
TABELA 23 - Tempo de experiência do profissional na execução de episiorrafias	81
TABELA 24 - Quantidade de fio utilizado na sutura	82
TABELA 25 - Caracterização das puérperas quanto à realização de suturas	82
TABELA 26 - Técnica de sutura utilizada	83

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA 1 - Representação esquemática da relação entre as variáveis estudadas (desenho de investigação)	61
FIGURA 2 - Representação esquemática da relação entre os momentos de avaliação (2 ^o , 10 ^o e 45 ^o dia) no nível de dor perineal, nas situações consideradas	61

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREVIATURAS

a.C.- antes de Cristo

apud - conforme, segundo

cf.- conforme

cm - centímetro

D.P. - Desvio-padrão

g – grama

kg - quilograma

Máx - Máximo

Mín - Mínimo

Ord.- Ordenação

vs - *versus*

SIGLAS

EUA - Estados Unidos da América

IMC - Índice de Massa Corporal

IOM - Institute of Medicine

OMS - Organização Mundial de Saúde

RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE QUADROS	
ÍNDICE DE TABELAS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
1 - INTRODUÇÃO	23
PARTE I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
2 - PARTO VAGINAL E MORBILIDADE MATERNA	29
2.1 - DOR PERINEAL	31
2.2 - FACTORES OBSTÉTRICOS, MATERNOS E FETAIS ASSOCIADOS À DOR PERINEAL	36
2.3 - TRAUMATISMO PERINEAL	37
2.4 - SUTURA DO TRAUMATISMO PERINEAL	44
2.4.1 - Materiais de sutura para reparação do traumatismo perineal	45
2.4.2 - Práticas de suturar ou não suturar as lacerações perineais de primeiro e segundo graus e episiotomia	47
2.4.3 - Formação técnica do profissional em relação à sutura do traumatismo perineal	54
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	
3 - MÉTODOS	57
3.1 - PARTICIPANTES	62
3.1.1 - Caracterização sócio-demográfica da amostra	62
3.2 - INSTRUMENTOS	64
3.3 - TÉCNICAS DE SUTURA UTILIZADAS NO ESTUDO	65
3.4 - PROCEDIMENTOS	66
3.5 - PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO	67
4 - RESULTADOS	71
4.1 - ANÁLISE DESCRITIVA	71
4.1.1 - Dados obstétricos anteriores	71
4.1.2 - Dados obstétricos actuais	74
4.1.3 - Avaliação da dor perineal	78

4.1.4 - Caracterização do parto actual	80
4.2 - ANÁLISE INFERENCIAL	83
5 - DISCUSSÃO	91
5.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA	91
5.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	92
6 - CONCLUSÕES/SUGESTÕES	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	105
APÊNDICES	
Apêndice I - Questionário dirigido às puérperas	
Apêndice II - Questionário dirigido aos profissionais	
Apêndice III - Autorização do hospital para aplicação dos questionários	

INTRODUÇÃO

1 - INTRODUÇÃO

A dor perineal como consequência do parto vaginal constitui um dos problemas mais frequentes no puerpério, afectando a maioria das mulheres no período imediatamente a seguir ao parto (KETTLE et al., 2002), sendo que cerca de 42% ainda apresentam dor no pós-parto imediato (THAKAR; SULTAN, 2009) e, para algumas delas, a dor pode persistir muito para além deste período, prolongando-se por um ano ou mais (ALBERS et al., 1999).

A dor perineal pode estar associada a vários factores de risco. Alguns estudos têm demonstrado que factores obstétricos como os partos vaginais instrumentados ou a longa duração do segundo estadio do trabalho de parto (> 30 minutos) (WATANATITAN; ARMARTTASN; MANUSIRIVITHAYA, 2009) e ainda outros factores, tais como o nível de escolaridade mais elevado, a etnia (caucasianas), a nuliparidade (LEEMAN et al., 2009) e a idade materna mais avançada (FRANCISCO et al., 2011) estão associados à dor perineal no período pós-parto.

Uma das maiores causas de dor perineal após o parto vaginal é o traumatismo perineal decorrente de lacerações espontâneas, episiotomia ou ambas. Embora as algias perineais estejam presentes mesmo em mulheres que não apresentam qualquer tipo de lesão visível no períneo, são mais frequentes nas mulheres com traumatismo perineal, existindo uma relação directa entre a extensão e complexidade das lesões e a dor subsequente. Assim, esta é tanto mais frequente e intensa quanto mais grave for o traumatismo perineal (ALBERS; BORDERS, 2007).

O traumatismo perineal ocorre na maioria dos partos vaginais, afectando milhões de mulheres em todo o mundo. De facto, a grande maioria das mulheres sofre algum tipo de traumatismo perineal durante o parto, sendo que cerca de 60% a 70% necessitam de sutura (KETTLE; HILLS; ISMAIL, 2009).

A morbidade materna no pós-parto, associada à sutura do traumatismo perineal, pode provocar graves problemas físicos e psicológicos à mulher. A dor perineal, em particular, pode ter repercussões negativas na qualidade de vida da puérpera, comprometendo a realização de actividades diárias, afectando a sua capacidade para desempenhar as tarefas relacionadas com o exercício da maternidade e prejudicando o seu

relacionamento familiar e social (KETTLE; HILLS; ISMAIL, 2009). Assim, segundo estes autores, é fundamental que os profissionais suturem as lesões perineais usando os melhores materiais e as melhores técnicas, de modo a reduzir a morbidade materna no puerpério.

Actualmente, os materiais sintéticos absorvíveis como a poliglactina 910 e o ácido poliglicólico são os mais utilizados pois estão associados a uma maior redução da dor perineal no pós-parto imediato quando comparados com outro tipo de materiais, designadamente o categute cromado (KETTLE; DOWSWELL; ISMAIL, 2010).

Em relação às técnicas, a evidência científica actual indica que as técnicas de sutura contínua estão associadas a menos dor no pós-parto imediato do que o método interrompido. Por outro lado, a técnica de sutura contínua para reparação de todos os planos (mucosa vaginal, músculos perineais e pele) está associada ainda a menos dor perineal quando comparada com a técnica de sutura contínua para encerramento apenas da pele perineal (KETTLE; HILLS; ISMAIL, 2009).

Apesar de ser um dos problemas mais comuns de morbidade materna no puerpério, a dor perineal é muitas vezes desvalorizada pelos profissionais de saúde em prol de outros sintomas ou patologias. Por isso, o reconhecimento da importância da avaliação da dor perineal é fundamental para a implementação de práticas adequadas que possam contribuir para a melhoria dos cuidados prestados às puérperas (PITANGUI et al., 2009).

Dada a importância desta temática, considerámos pertinente efectuar um trabalho de investigação sobre “Dor perineal no pós-parto: estudo de alguns factores associados”, tendo o mesmo sido realizado no âmbito do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia da Escola Superior de Saúde de Viseu.

A realização deste estudo surge como resultado das nossas inquietações perante uma problemática com a qual somos diariamente confrontados no exercício da nossa profissão, mas que, no nosso país, não tem merecido a devida atenção por parte dos investigadores.

Enunciamos, assim, as questões de investigação que esta problemática nos suscita:

- Em que medida é que factores como a idade, habilitações literárias, paridade, IMC e peso do recém-nascido influenciam o nível de dor perineal no pós-parto?

- Que relação existe entre o traumatismo perineal e o nível de dor perineal no pós-parto?
- Qual o efeito que a técnica de sutura tem no nível de dor perineal no pós-parto?
- Que relação existe entre os momentos de avaliação (2º, 10º e 45º dia) no nível de dor perineal?

Na sequência das questões formuladas, delineámos os seguintes objectivos:

- Verificar se as variáveis idade, habilitações literárias, paridade, IMC e peso do recém-nascido têm influência no nível de dor perineal no pós-parto.
- Analisar a relação entre o traumatismo perineal e o nível de dor perineal no pós-parto.
- Analisar o efeito da técnica de sutura no nível de dor perineal no pós-parto.
- Determinar a relação entre os momentos de avaliação (2º, 10º e 45º dia) no nível de dor perineal.

De acordo com os objectivos descritos, foram formuladas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – As variáveis sócio-demográficas (idade e habilitações literárias) e as variáveis obstétricas (paridade, IMC e peso do recém-nascido) têm influência no nível de dor perineal no pós-parto.

Hipótese 2 – Existe relação entre o traumatismo perineal e o nível de dor perineal no pós-parto.

Hipótese 3 – A técnica de sutura tem efeito no nível de dor perineal no pós-parto.

Hipótese 4 – Existe relação entre os momentos de avaliação (2º, 10º e 45º dia) no nível de dor perineal.

De modo a obtermos respostas fiáveis às questões e hipóteses formuladas, realizámos um estudo transversal, de natureza quantitativa, com características de um estudo não experimental, descritivo e correlacional.

A colheita de dados foi efectuada com recurso a dois questionários, um deles dirigido às puérperas e outro aos profissionais de saúde, destinando-se o primeiro a recolher dados de natureza sócio-demográfica, dados obstétricos anteriores e actuais e ainda dados referentes à avaliação da dor perineal no pós-parto; e o segundo a obter informações sobre o parto actual, designadamente o tipo de episiotomia e de lacerações espontâneas

ocorridas, a experiência do profissional na execução de episiorrafias, a quantidade de fio usado na sutura e a técnica utilizada na reparação perineal.

O estudo foi efectuado com uma amostra de 281 mulheres com partos eutócicos realizados no bloco de partos de um hospital da zona centro do país, no período compreendido entre 19/10/2010 e 19/02/2011, tendo a aplicação do questionário às puérperas ficado concluída no 45º dia subsequente ao último dia do referido período.

A amostra seleccionada obedeceu a critérios de um tipo de amostragem não probabilística por conveniência.

Este trabalho é constituído por duas partes. A primeira diz respeito à fundamentação teórica e inclui um capítulo sobre o parto vaginal e morbilidade materna, no qual são abordados diversos temas como a dor perineal, os factores obstétricos, maternos e fetais associados à dor perineal, o traumatismo perineal e a sutura do traumatismo perineal. A segunda parte refere-se ao estudo empírico e contém quatro capítulos: os métodos utilizados, os resultados, a discussão dos resultados e, por último, as conclusões.

Consideramos que este trabalho pode contribuir, quanto mais não seja, para uma intervenção pedagógica junto de todos os que, no exercício da sua profissão, lidam diariamente com esta problemática e para o reconhecimento, por parte dos investigadores, da necessidade de realização de pesquisa científica sobre esta temática no nosso país.

PARTE I
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2 - PARTO VAGINAL E MORBILIDADE MATERNA

Ao longo do último século, os avanços tecnológicos e científicos contribuíram para a melhoria dos resultados perinatais em obstetrícia, assistindo-se a uma diminuição acentuada da morbidade e mortalidade maternas, especialmente nos países desenvolvidos. As mulheres têm, por isso, expectativas elevadas em relação à gravidez e ao parto e, por conseguinte, sentem-se desiludidas quando surgem complicações no puerpério (THAKAR; SULTAN, 2009).

O trabalho de parto consiste num “conjunto de processos fisiológicos que (...) conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior” (MACHADO, 2010 b, p.320).

Genericamente, o trabalho de parto pode dividir-se em três fases (ou estadios). A primeira fase, ou dilatação, inicia-se com o estabelecimento de contracções uterinas regulares, terminando na dilatação completa do colo; a segunda fase, ou período expulsivo, refere-se ao tempo que medeia entre a dilatação completa do colo e a expulsão do feto; a terceira fase, ou dequitação, decorre desde a expulsão do feto até à expulsão da placenta e das membranas fetais (SEELEY; STEPHENS; TATE, 2003).

Durante o trabalho de parto, para além das contracções uterinas, outras forças actuam para a expulsão do feto. Após se ter completado a dilatação cervical, as contracções uterinas são reforçadas, por um lado, pela contracção simultânea dos músculos abdominais e, por outro, pelos esforços resultantes dos puxos da parturiente. A resistência às forças produzidas pelas contracções uterinas e músculos abdominais é exercida pelo colo, quando ainda não está totalmente dilatado, pelo canal de parto e pelos músculos pélvicos. O canal de parto é formado pela estrutura óssea da pequena bacia e pelo pavimento pélvico. Este último é constituído por vários tecidos: peritoneu, tecido conjuntivo subperitoneal, fáscia pélvica interna, músculos coccígeo e levantador do ânus, fáscia pélvica externa, fáscia e músculos superficiais, tecido celular subcutâneo e pele. Durante a gravidez, os músculos levantadores do ânus hipertrofiam-se, o que provoca o desvio anterior e superior do recto e da vagina, com o subsequente encerramento desta última. Durante a dilatação, à medida que o colo é distendido pela bolsa de águas ou pela apresentação fetal, ocorre um estiramento das fibras dos músculos levantadores do ânus, bem como o adelgaçamento do

núcleo central do períneo que, sendo uma estrutura fibromuscular espessa com cerca de cinco centímetros, passa a ter menos de um centímetro de espessura. Após a rotura das membranas, é a apresentação fetal que exerce uma pressão directa, contribuindo para o apagamento e dilatação do colo, considerando-se que esta está completa quando já não é possível tocar tecido do colo à frente da apresentação, o que ocorre quando o diâmetro do canal atinge os dez centímetros. Embora os músculos superficiais bulbo-cavernoso, ísquio-cavernoso e os músculos transversos do períneo não tenham importância obstétrica no desenrolar deste processo, podem ser afectados por lesões perineais que eventualmente ocorram durante a expulsão do feto (MACHADO, 2010 b).

Embora se tenha convencionado fazer uma delimitação clínica das fases do trabalho de parto, este não se limita a uma divisão simplista em diferentes estadios. É um fenómeno complexo de alterações interdependentes a nível físico, hormonal e emocional, que podem variar muito de mulher para mulher. Assim, a actuação dos profissionais de saúde não deve estar condicionada à limitação das definições deste modelo médico, sendo essencial ter em conta a importância da observação e interpretação do comportamento da cada mulher (CHARLES, 2009), bem como o ritmo próprio de cada parto, considerando factores como a paridade, a duração das contracções ou a posição fetal, entre outros (BASTON; HALL, 2009).

Este aspecto assume particular importância em relação ao segundo estadio do trabalho de parto, devido à possibilidade de ocorrência de vários problemas, dos quais o traumatismo perineal é um dos mais frequentes e um dos que maior impacto pode ter na saúde das mulheres. Por isso, uma assistência efectiva durante o período expulsivo pode contribuir para a redução das lesões perineais e, conseqüentemente, da morbidade materna no puerpério (ALBERS et al., 2006).

O puerpério ou pós-parto é o período durante o qual ocorre a involução das modificações que a gravidez e o parto provocaram no organismo da mulher, regressando este ao estado pré-gravídico, ainda que de forma imperfeita devido às sequelas definitivas nele deixadas pelo ciclo gravídico-puerperal (REZENDE, 1995).

Trata-se de um período com a duração aproximada de seis semanas, podendo ser dividido em pós-parto imediato (do primeiro ao 10º dia), pós-parto tardio (do 10º ao 45º dia) e pós-parto remoto (além do 45º dia) (REZENDE; MONTENEGRO, 2006).

Esta é uma fase de grande exigência para a mulher que, juntamente com as actividades inerentes ao exercício da maternidade, tem de enfrentar rápidos ajustes

fisiológicos e psicológicos, ficando mais vulnerável a intercorrências, tanto físicas como emocionais (PITANGUI et al., 2009).

Segundo Glazener e MacArthur (2001), as complicações mais graves ocorridas no pós-parto, tais como eclâmpsia, embolia pulmonar ou hemorragia pós-parto, entre outras, são reconhecidas pelos profissionais de saúde, embora sejam pouco frequentes. No entanto, existe uma prevalência elevada de muitos outros problemas físicos e psicológicos que têm sido negligenciados pelos profissionais de saúde por serem considerados sintomas menores, mas que afectam significativamente o bem-estar e a saúde maternos.

De acordo com Thakar e Sultan (2009), cerca de 87% das mulheres têm, pelo menos, um problema de saúde nas primeiras oito semanas após o parto, sendo os mais comuns o cansaço, problemas mamários, obstipação, hemorróidas, dor de cabeça, dor lombar e dor perineal. A longo prazo, as complicações que mais afectam as mulheres são a dispareunia e a incontinência fecal ou urinária.

Numa revisão de diversos estudos realizados no Reino Unido e noutras partes do mundo, Glazener e MacArthur (2001) concluíram que entre os problemas mais frequentes associados à morbidade materna após o parto, se incluíam o cansaço (19% a 59% das mulheres), problemas mamários (8% a 45%), hemorróidas (17% a 27%), obstipação (cerca de 20%), dor lombar (17% a 46%) e dor perineal (11% a 42%).

2.1 - DOR PERINEAL

A dor define-se como uma experiência sensorial e emocional desagradável, que está associada a uma lesão concreta ou potencial dos tecidos, ou é descrita em função dessa lesão (PORTUGAL, 2003). Esta definição remete para o conceito de que a dor é uma experiência de carácter multidimensional, envolvendo não só os aspectos sensoriais mas também os aspectos afectivos e emocionais de cada indivíduo (TEIXEIRA; YENG, 2007).

A dor, em particular a dor aguda, é um fenómeno fisiológico essencial à preservação da integridade física do indivíduo, pois constitui um sinal de alerta para a ocorrência de uma lesão tecidual, já instalada ou prestes a instalar-se, apresentando assim um valor biológico fundamental para a defesa do organismo (TEIXEIRA, 2007).

No entanto, à excepção desta função vital de alarme, a dor não representa qualquer outra vantagem para o organismo, na medida em que, para além do impacto negativo que

tem na qualidade de vida, pode provocar alterações fisiopatológicas que favorecem o aparecimento de outras morbilidades físicas e psicológicas de intensidade e duração variáveis (PORTUGAL, 2008).

Actualmente, a dor é considerada um dos grandes problemas em saúde pública, pois induz danos biopsicológicos e sócio-económicos que afectam não só quem dela padece mas também a comunidade em geral. Assim, a dor pode comprometer o desenvolvimento das actividades quotidianas, interferir no relacionamento familiar e social e afectar a auto-estima do indivíduo, sendo também muitas vezes responsável pelo afastamento temporário ou até definitivo de muitos profissionais dos seus postos de trabalho, resultando num pesado encargo social (PAULA, 2007).

A dor perineal como consequência do parto vaginal constitui uma das complicações predominantes no puerpério (GLAZENER; MACARTHUR, 2001), afectando a maioria das mulheres no período imediatamente a seguir ao parto (KETTLE et al., 2002). Thakar e Sultan (2009) referem que a dor perineal afecta cerca de 42% das puérperas no pós-parto imediato (até ao 10º dia), sendo que 22% e 10% das mulheres ainda continuam a sentir dor às oito e 12 semanas após o parto, respectivamente. Contudo, para algumas delas, a dor pode persistir muito para além deste período, prolongando-se por um ano ou mais (ALBERS et al., 1999).

A dor vivenciada no puerpério pode ter reflexos negativos na saúde da mulher (BICK et al., 2010), interferindo na realização de actividades diárias como caminhar, sentar-se, deitar-se ou urinar e afectando a sua capacidade para cumprir as tarefas relacionadas com o exercício da maternidade (KETTLE et al., 2002).

No entanto, apesar do sofrimento que causa, a dor perineal tende a ser desvalorizada, tanto pelas próprias puérperas como pelos profissionais de saúde, pois todas as atenções estão focadas principalmente no recém-nascido, ficando as necessidades das mulheres relegadas para segundo plano (PITANGUI et al., 2009).

Avaliação da dor

Embora nas últimas décadas tenha havido um grande avanço na investigação sobre a fisiologia do fenómeno doloroso e sobre os fármacos destinados ao seu tratamento, “a dor não tratada ou sub tratada permanece um problema” (RITTO, 2005, p.5).

Apesar dos danos físicos, psicológicos e sociais que provoca (PAULA, 2006), a dor tende a ser desvalorizada, tanto pelos pacientes como pelos profissionais de saúde, a favor de outros sintomas (RITTO, 2005).

Reconhecendo o controlo da dor como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde em Portugal, e tendo em vista a humanização desses cuidados e a melhoria da qualidade de vida dos doentes, a Direcção-Geral da Saúde emitiu, em 2003, a Circular Normativa nº 9, instituindo a “Dor como o 5º sinal vital”. Assim, passou a considerar-se como norma de boa prática clínica, a avaliação e o registo sistemático da intensidade da dor, à semelhança do que já acontece em relação aos quatro sinais vitais (PORTUGAL, 2003).

Segundo Ritto (2005), para controlar a dor de uma forma eficaz, importa, antes de mais, valorizá-la como sendo um sinal vital, procedendo à sua avaliação e respectivo registo, de forma a implementar as medidas terapêuticas mais adequadas. Citando Camargo (2003), a autora considera que a valorização da queixa de dor por parte dos profissionais de saúde garante que os cuidados por estes prestados ao doente com dor sejam tão importantes na prática clínica como as intervenções realizadas para estabilizar as funções vitais.

A comunicação da experiência dolorosa feita pelos doentes aos profissionais de saúde é referida por Pimenta e Teixeira (1997) como fundamental para a compreensão do quadro algico, permitindo a instituição da terapêutica adequada e a avaliação da sua eficácia.

Dado o seu carácter subjectivo, a dor é um fenómeno difícil de quantificar e qualificar, não sendo a sua avaliação tão linear como a dos sinais vitais, cuja mensuração é feita por instrumentos físicos que permitem o registo de valores objectivos (PITANGUI et al., 2009).

Para Teixeira e Yeng (2006), a escolha de um instrumento para medir a dor deve basear-se no objectivo do estudo que se pretende realizar. Por outro lado, os instrumentos devem ser de fácil compreensão e aplicabilidade e adequados às características da população estudada. Na opinião dos autores, alguns instrumentos, como os de auto-relato, baseiam-se no discurso do doente e, portanto, só devem ser utilizados em indivíduos com capacidades de compreensão e verbalização. Assim, para crianças em idade pré-verbal ou para indivíduos que estejam impossibilitados de fornecer informações precisas, devem ser

utilizados procedimentos indirectos, baseados na observação de alterações comportamentais, fisiológicas e psicológicas.

A mensuração da dor também pode ser efectuada por instrumentos de avaliação unidimensionais e multidimensionais, servindo os primeiros para avaliar apenas a intensidade da dor e os segundos para aferir não só os aspectos sensoriais mas também os componentes afectivos, emocionais e cognitivos da experiência dolorosa (PIMENTA; TEIXEIRA, 1997).

Uma das escalas multidimensionais mais utilizadas é o Questionário de Dor McGill, que avalia as dimensões da experiência dolorosa através de 78 palavras designadas de descritores, distribuídas por 20 subgrupos: sensitivo-discriminativo (subgrupos de um a 10), afectivo-motivacional (subgrupos de 11 a 15), cognito-avaliativo (subgrupo 16) e miscelânea (subgrupos de 17 a 20). Cada subgrupo é composto por dois a seis descritores, correspondendo a cada um destes um número que indica a sua intensidade, sendo que o doente só pode escolher uma palavra por cada subgrupo para explicar a sua dor. O índice de dor é obtido através do somatório dos valores correspondentes à intensidade dos descritores escolhidos, sendo o valor máximo de 78. Este questionário contém ainda uma escala de intensidade (0 a 5), um diagrama para a indicação da localização da dor e a caracterização da dor em termos de periodicidade e duração (PIMENTA; TEIXEIRA, 1997).

De acordo com Teixeira e Yeng (2006), as escalas multidimensionais não devem ser aplicadas a crianças até aos seis anos de idade nem a indivíduos com défices cognitivos. Já Ritto (2005) refere que este tipo de escalas é muito complexo e de difícil aplicação, pelo que só deve ser utilizado em situações específicas.

Em Portugal, os instrumentos utilizados para a mensuração da dor são unidimensionais e estão definidos na Circular Normativa nº 9 que indica as escalas que podem ser utilizadas, e que a seguir se referem (PORTUGAL, 2003).

A Escala de Faces consiste num conjunto de seis faces desenhadas, estando a cada uma delas atribuído um número entre 0 e 5. Solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada numa delas, correspondendo a classificação “Sem Dor” à expressão de felicidade e a classificação “Dor Máxima” à expressão de tristeza profunda, registando-se, de seguida, o número equivalente à face seleccionada. Para Ritto (2005), esta escala parece ser a mais apropriada para a avaliação da intensidade da dor em crianças dos três aos seis anos, podendo também aplicar-se a doentes com défices cognitivos, se for considerado viável.

Na Escala Qualitativa, o paciente classifica a intensidade da sua dor de acordo com as expressões “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima”.

A Escala Visual Analógica (EVA) consiste numa linha habitualmente horizontal, não graduada e com 10 cm de comprimento, tendo assinalada na extremidade esquerda a expressão “Sem Dor” e na direita a expressão “Dor Máxima”. O doente marca com uma cruz, ou com um traço perpendicular à linha, o ponto mais representativo da intensidade da sua dor. Posteriormente, mede-se em centímetros a distância entre o início da linha, que corresponde a 0, e o local assinalado, obtendo-se assim a classificação numérica correspondente à dor.

A Escala Numérica Verbal ou Visual consiste numa régua horizontal ou vertical, dividida em partes iguais, numeradas de 0 a 10, na qual o doente escolhe, verbalmente ou através de uma marca, o número que melhor representa a intensidade da sua dor, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima”, ou seja, a mais intensa que o paciente pode imaginar.

Na opinião de Teixeira e Yeng (2006), as escalas verbais e analógicas são as mais indicadas para crianças, idosos e doentes com baixa escolaridade.

Para Ritto (2005), a Escala Visual Analógica e a Escala Numérica parecem ser as mais adequadas aos doentes internados, tanto em contexto cirúrgico como em contexto médico.

Segundo Pitangui et al. (2009), independentemente do instrumento utilizado, a avaliação da dor na prática clínica é essencial para a humanização e melhoria dos cuidados prestados aos doentes. No entanto, na prática obstétrica, é comum observar-se uma preocupação com a dor da mulher durante o trabalho de parto e parto, sendo a dor perineal geralmente desvalorizada. Assim, apesar de ser um dos problemas mais comuns de morbilidade materna no período pós-parto, a dor perineal é muitas vezes subestimada pelos profissionais de saúde a favor de outros sintomas ou patologias. Na opinião das autoras, o reconhecimento da importância da avaliação da dor perineal é fundamental para a implementação de medidas terapêuticas mais eficazes que possam contribuir para a melhoria da assistência prestada e, conseqüentemente, para a promoção da saúde e do bem-estar das puérperas.

2.2 - FACTORES OBSTÉTRICOS, MATERNO E FETAIS ASSOCIADOS À DOR PERINEAL

São vários os factores de risco que podem estar associados à presença da dor perineal no pós-parto. Entre eles, destacam-se o traumatismo perineal e respectiva sutura, que abordaremos detalhadamente mais adiante neste capítulo e sobre os quais têm sido realizadas várias investigações.

No entanto, são poucos os estudos que avaliaram a influência de outros factores na dor perineal, designadamente a idade materna, a paridade ou a duração do trabalho de parto, entre outros (LEEMAN et al., 2009).

Um estudo realizado por Watanatitan, Armarttasn e Manusirivithaya (2009), em que participaram 299 puérperas com episiotomia e lacerações espontâneas, teve como objectivo determinar os factores associados à dor perineal no pós-parto imediato, tais como idade, IMC, peso do recém-nascido, tipo de parto, duração do segundo estadio do trabalho de parto e técnica de sutura (interrompida vs contínua). Os resultados obtidos mostraram que os partos vaginais instrumentados e a longa duração do segundo estadio do trabalho de parto (> 30 minutos) estiveram associados a um aumento significativo da dor perineal. O peso mais elevado do recém-nascido (> 3300 gramas) tendeu a estar associado à dor perineal mas não atingiu significância estatística. Também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas no nível de dor perineal em relação à idade, IMC e técnicas de sutura.

Um outro estudo realizado por Leeman et al. (2009), com 565 mulheres, das quais 152 com traumatismo perineal e 413 sem traumatismo, pretendeu determinar alguns factores associados à dor perineal, tais como nível de escolaridade, etnia, paridade, ganho ponderal, IMC e duração dos puxos maternos durante o segundo estadio do trabalho de parto, entre outros. Os resultados mostraram que, no período do pós-parto imediato, a dor perineal esteve associada ao nível de escolaridade mais elevado ($p < 0,001$), à etnia (caucasianas), à nuliparidade ($p < 0,001$) e a um período prolongado de puxos maternos no segundo estadio do trabalho de parto ($p < 0,01$), não se tendo verificado, contudo, diferenças significativas às seis semanas e aos três meses após o parto.

Um estudo recente realizado por Francisco et al. (2011), no qual participaram 303 puérperas, das quais 59 sem traumatismo perineal e 244 com traumatismo (episiotomia e/ou lacerações de primeiro e segundo graus), teve como objectivo avaliar a relação entre factores obstétricos, maternos e fetais e a dor perineal no pós-parto imediato. Os autores

verificaram que apenas a idade materna mais avançada e a realização de episiotomia estiveram associadas significativamente à presença da dor perineal, não havendo diferenças estatisticamente significativas relativamente à paridade, etnia, tipo de parto, uso de analgesia e características do recém-nascido (peso, perímetro cefálico e perímetro torácico).

2.3 - TRAUMATISMO PERINEAL

O traumatismo perineal é um fenómeno que tem acompanhado as mulheres desde os primórdios da sua existência, estando documentado desde 2050 a.C. (DERRY, 1935 apud KETTLE; RAYNOR, 2010, p. 104).

Actualmente, afecta milhões de mulheres em todo o mundo, sendo um dos problemas mais frequentes do parto vaginal. Ainda assim, não é devidamente reconhecido nem avaliado pelos profissionais de saúde, pelo que é necessário implementar medidas efectivas que possam reduzir a sua ocorrência e a morbilidade materna a ele associada (BICK et al., 2010).

Cerca de 85% das mulheres com partos vaginais sofrem algum tipo de traumatismo perineal. Estima-se que, pelo menos, um terço das mulheres no Reino Unido e nos EUA sofram lacerações perineais espontâneas com necessidade de sutura e que 0,5% a 7% sejam afectadas por lacerações do esfíncter anal (KETTLE; TOHILL, 2008).

O traumatismo perineal consiste na lesão dos tecidos da região perineal, podendo ocorrer espontaneamente durante o parto ou ser induzido cirurgicamente através da realização de episiotomia (GOULD, 2007).

O traumatismo perineal associado às lesões ocorridas na região dos lábios, parede vaginal anterior, uretra ou clitóris, tem geralmente poucas implicações na morbilidade materna. No entanto, o traumatismo perineal associado às lesões da parede vaginal posterior, músculos perineais ou esfíncter anal, pode ter um impacto significativo na morbilidade materna no período pós-parto (KETTLE; TOHILL, 2008; BASTON; HALL, 2009).

De acordo com Albers e Borders (2007), existe uma relação directa entre a extensão e complexidade das lesões perineais decorrentes do parto vaginal e a morbilidade materna subsequente, sendo esta tanto maior quanto mais graves forem essas lesões.

As lesões perineais associadas ao parto vaginal podem causar vários problemas às mulheres, não só a curto prazo, tais como dor perineal, hemorragia e necessidade de sutura, mas também a longo prazo, designadamente dor perineal prolongada, disfunções urinárias e fecais e problemas sexuais (ALBERS et al., 2006).

Tipos de traumatismo perineal

O traumatismo perineal ocorre na maioria dos partos vaginais devido a lacerações espontâneas, episiotomia ou ambas (ALBERS et al., 1999).

A avaliação e classificação das lesões perineais são aspectos importantes na prática obstétrica, pois têm como objectivo identificar os traumatismos que necessitam de intervenção, possibilitando a implementação de medidas adequadas que permitam promover o processo de cicatrização e restaurar a função dos tecidos lesionados, contribuindo assim para a redução da morbilidade materna no pós-parto (GOULD, 2007).

As **lacerações perineais espontâneas** ocorridas no parto são classificadas de acordo com o envolvimento das estruturas anatómicas do corpo perineal (GOULD, 2007).

O sistema de classificação internacional aprovado pelo *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG) abrange quatro categorias, designando de lacerações de primeiro grau as que afectam apenas a pele perineal; de segundo grau as que atingem o períneo, envolvendo os músculos perineais; de terceiro grau as que lesionam o períneo, envolvendo o complexo do esfíncter anal, sendo subdivididas em 3a (se lesionam menos de 50% do esfíncter anal externo), 3b (se lesionam mais de 50% do esfíncter anal externo) e 3c (se lesionam o esfíncter anal externo e o esfíncter anal interno); e, por último, de quarto grau as que atingem o períneo, envolvendo o complexo do esfíncter anal (externo e interno) e o epitélio anal (FERNANDO; WILLIAMS; ADAMS, 2007).

Segundo Graça (2010 a), as lacerações do períneo são classificadas em quatro graus, conforme as estruturas anatómicas envolvidas. As lacerações de primeiro grau envolvem a fúrcula, pele do períneo e mucosa vaginal. Nas lacerações de segundo grau, são afectadas todas as estruturas do primeiro grau e também a fáscia e músculos do diafragma urogenital (transverso profundo do períneo e esfíncter externo da uretra). As lacerações de terceiro grau envolvem todas as estruturas do segundo grau e ainda o esfíncter rectal, e nas de quarto grau, para além de todas as estruturas referidas, a mucosa rectal também é afectada.

A **episiotomia** é, actualmente, uma das intervenções cirúrgicas mais frequentemente realizadas na prática obstétrica, apenas superada pela laqueação do cordão umbilical (CARNIDE et al., 2011).

A episiotomia consiste na incisão cirúrgica efectuada na região do períneo, com o objectivo de aumentar a abertura vaginal durante o parto (CARNIDE et al., 2011), contribuindo para abreviar o período expulsivo e facilitar o parto (GRAÇA, 2010 a).

Segundo Graça (2010 a), no caso das apresentações cefálicas, a episiotomia deve ser efectuada apenas na altura da “coroação”, ou seja, quando a apresentação distende o períneo, pois diminui a extensão da incisão e a hemorragia. Noutros casos, como sejam o parto gemelar, a apresentação pélvica ou a aplicação de fórceps, pode haver necessidade de efectuar a episiotomia antes de a apresentação distender o períneo. De acordo com o autor, a episiotomia pode afectar diversas estruturas anatómicas. Na episiotomia médio-lateral são envolvidas as seguintes estruturas: fúrcula, mucosa e submucosa da vagina, músculos transversos superficial e profundo do períneo e músculos pubo-cocciógeos, podendo, por vezes, incluir as fibras do músculo bulbo-cavernoso. A episiotomia mediana envolve a fúrcula, a mucosa e submucosa da vagina e a aponevrose do núcleo perineal, havendo o risco de se prolongar por lacerações do esfíncter anal e da mucosa rectal, pelo que tem vindo a ser progressivamente abandonada, sobretudo na Europa.

De acordo com Kettle, Dowswell e Ismail (2010), uma episiotomia envolve as mesmas estruturas anatómicas que uma laceração de segundo grau.

Este procedimento cirúrgico foi introduzido na prática clínica há mais de 250 anos, tendo sido realizado de forma criteriosa até ao final do século XIX. No entanto, a mudança do local dos partos, do domicílio para os hospitais, veio alterar a conceptualização da natureza do nascimento, que passou de um evento natural e fisiológico a um processo patológico, em que era necessária a intervenção médica para prevenir ou diminuir eventuais complicações. Assim, no início do século XX, com Pomeroy e De Lee, dois conceituados obstetras americanos, a episiotomia foi introduzida na prática clínica como método de rotina para diminuir a morbilidade e mortalidade materna e fetal. Este procedimento foi aceite pela generalidade da comunidade médica, passando a ser realizado de forma rotineira, sem uma evidência científica que demonstrasse o seu benefício. Acreditava-se que uma incisão cirúrgica precisa, ao controlar a direcção e extensão da lesão tecidual, prevenia a ocorrência de traumatismo perineal e era mais fácil de reparar e cicatrizar do que uma laceração espontânea. Desta forma, a episiotomia integrou-se na prática obstétrica, tendo como justificação a prevenção de lacerações perineais graves, a redução da incidência de

incontinência urinária e fecal e de outras complicações como dor, edema, infecção e dispareunia, e ainda a protecção do recém-nascido. Actualmente, embora ainda seja uma das intervenções mais frequentes em todo o mundo, muitos autores contestam a sua prática generalizada, recomendando uma utilização mais selectiva, baseada em evidências científicas (BORGES; SERRANO; PEREIRA, 2003; CARNIDE et al., 2011).

Assim, nas últimas décadas, foram desenvolvidos vários estudos com o objectivo de avaliar os riscos e benefícios associados à episiotomia, na tentativa de definir as situações em que se torna indicada a sua utilização, tendo em conta o risco de complicações maternas e fetais (CARNIDE et al., 2011).

Para Graça (2010 a), a episiotomia facilita o parto por contribuir para abreviar o período expulsivo, mas todos os outros benefícios, invocados ao longo dos anos para justificar a sua utilização por rotina, têm sido postos em causa por diversos estudos recentemente realizados.

De facto, a evidência científica resultante da maioria desses estudos demonstrou que a prática generalizada da episiotomia, ao contrário do que se acreditava, não previne as lesões graves do períneo, não melhora a sua cicatrização, nem sequer reduz o risco de incontinência fecal e urinária ou de dispareunia no pós-parto (BORGES; SERRANO; PEREIRA, 2003).

A maior justificação para a prática da episiotomia é a prevenção das lacerações graves do períneo. Sendo o traumatismo perineal e as complicações dele decorrentes, em particular a dor perineal, dos problemas mais frequentes associados à morbilidade materna no pós-parto, foram realizados vários estudos para avaliar a sua relação com a episiotomia (CARNIDE et al., 2011).

Uma revisão sistemática de sete estudos, realizados entre 1984 e 2004, envolvendo 4991 mulheres de cinco países, teve como objectivo avaliar os efeitos do uso generalizado *versus* restritivo da episiotomia na morbilidade materna no pós-parto. A análise revelou que a incidência de episiotomia foi de 28,5% no grupo do uso restritivo e de 67,8% no grupo do uso generalizado. Em relação ao traumatismo perineal, os autores constataram que nas mulheres do grupo restritivo, em comparação com as do grupo generalizado, houve uma redução do traumatismo perineal posterior, menos necessidade de sutura e uma prevalência de períneo “íntegro” (sem traumatismo visível no períneo), embora tenha ocorrido um maior número de lesões anteriores menores. Apesar da baixa incidência de lacerações de terceiro e quarto graus, observou-se, em cinco destes estudos, que estas foram mais frequentes nas

mulheres do grupo generalizado. Quanto a outros problemas associados à realização da episiotomia, verificou-se que as mulheres do grupo restritivo retomaram as relações sexuais mais cedo do que as do grupo generalizado, não havendo diferenças relevantes entre os grupos em relação à ocorrência de complicações na cicatrização, infecção, hematoma, deiscência de sutura ou hemorragia. As diferenças observadas entre os grupos, relativas ao traumatismo perineal, estiveram directamente relacionadas com a dor perineal no pós-parto imediato, verificando-se que as mulheres do grupo restritivo apresentaram menos dor em comparação com as do grupo generalizado. É de salientar que num dos estudos, o mais recente, as mulheres do grupo restritivo referiram níveis de dor consideravelmente mais baixos, durante os primeiros cinco dias a seguir ao parto, em todas as actividades avaliadas: a evacuar, em repouso, sentadas e a caminhar. Os autores concluíram que a evidência produzida pela notável consistência destes resultados mostrou que a episiotomia não cumpre a maioria dos objectivos pelos quais é justificada, pelo que o seu uso por rotina não deve ser apoiado (VISWANATHAN et al., 2005).

Andrews et al. (2008), num estudo realizado para avaliar a dor perineal, comparando um grupo de mulheres com episiotomias médio-laterais com um grupo de mulheres com lacerações espontâneas de segundo grau, constataram que das 98 episiotomias realizadas, 42% afectaram o esfíncter anal, tendo-se verificado que, ao quinto dia após o parto, as mulheres com episiotomia apresentaram níveis de dor significativamente mais elevados do que as mulheres com lacerações de segundo grau.

Um outro estudo, efectuado por Declerq et al. (2008), em que foi avaliada a relação entre a episiotomia e a dor perineal nos dois primeiros meses após o parto, revelou que a incidência da realização de episiotomia foi de 31% nas mulheres primíparas e de 19% nas múltiparas. No grupo das primíparas, a incidência de dor perineal foi de 82% e 67% nas mulheres com e sem episiotomia, respectivamente. No grupo das múltiparas, a dor perineal afectou 18% das mulheres com episiotomia e 5% das mulheres sem episiotomia. Os autores constataram que as diferenças mais significativas ocorreram no grupo das múltiparas, e as que foram submetidas a episiotomia apresentaram mais problemas relacionados com complicações intestinais, infecção do períneo e dor perineal, interferindo na realização das suas actividades diárias.

Para além dos problemas mais frequentes como as lacerações graves do períneo e a dor perineal, são vários os riscos associados à realização da episiotomia, tais como infecção, deiscência de sutura, hemorragia, edema, hematoma e, embora mais raramente, fístulas recto-vaginais, entre outros (GRAÇA, 2010 a).

Lowenstein et al. (2005), num estudo envolvendo 667 puérperas, avaliaram a prevalência de complicações decorrentes do traumatismo perineal nas primeiras dez semanas após o parto, associadas à episiotomia médio-lateral. Verificaram que 37,6% das mulheres foram submetidas a episiotomia e que as complicações perineais, tais como edema e hematoma, foram mais frequentes no grupo das puérperas em que tinha sido realizada esta intervenção (17,1% vs 5,5%). Os autores concluíram que a episiotomia não só não previne as complicações decorrentes do traumatismo perineal, como constitui o principal factor de risco.

Tendo em conta os inúmeros problemas associados à realização da episiotomia, Thacker (2000) considera que existe uma necessidade premente em definir qual das duas técnicas, a mediana ou a médio-lateral, proporciona melhores resultados. De acordo com a literatura, as alegadas vantagens da episiotomia mediana incluem uma melhor cicatrização, menor incidência de dispareunia e melhor reconstrução anatómica, enquanto que a médio-lateral parece estar associada a um menor número de lacerações perineais de terceiro e quarto graus. Segundo o autor, os estudos existentes são de fraca qualidade metodológica, pelo que é fundamental que esta questão seja devidamente avaliada por estudos controlados, no sentido de determinar qual é a técnica mais eficaz para a prevenção do traumatismo perineal grave e de outras complicações.

A episiotomia continua a ser realizada frequentemente na prática obstétrica, apesar da falta de evidência científica que demonstre o seu benefício; pelo contrário, a evidência existente aponta no sentido de que a episiotomia pode trazer várias sequelas. De facto, os riscos associados ao seu uso são significativos, pelo que, à luz do conhecimento actual, é apropriada a recomendação de uma utilização selectiva desta prática. A questão está em definir as indicações para a sua realização, sendo, para isso, imprescindível efectuar mais estudos devidamente controlados. Assim, enquanto não houver uma resposta baseada em dados científicos robustos, a episiotomia deve ser realizada com base numa avaliação caso a caso (BORGES; SERRANO; PEREIRA, 2003; CARNIDE et al., 2011).

Para Graça (2010 a), a episiotomia deve ser usada sempre que necessário: para abreviar o período expulsivo, por razões fetais ou para permitir um campo mais amplo para as intervenções obstétricas, nos casos de fórceps, ventosa, parto pélvico, apresentação occipito-posterior ou distócia de ombros.

No caso dos partos eutócicos, a OMS refere que a realização da episiotomia é indicada quando há sinais de sofrimento fetal, progressão insuficiente do parto ou ameaça

de roturas perineais de terceiro e quarto grau, aconselhando, ainda assim, o seu uso criterioso (OMS, 1996).

Apesar de muitos autores defenderem que a episiotomia devia ser realizada em apenas 10% a 15% dos partos, actualmente, e dependendo do local, ainda é efectuada em cerca de 90% das primíparas (CARNIDE et al., 2011).

Um trabalho realizado por Graham et al. (2005) sobre as taxas da episiotomia em todo o mundo, revelou que estas são muito elevadas na maioria dos países, existindo também uma variação considerável no uso desta intervenção de país para país, com taxas, por exemplo, de 9,7% na Suécia e de cerca de 100% em Taiwan.

Traumatismo e dor perineal

As algias perineais após o parto vaginal estão presentes em muitas mulheres, mesmo nas que não apresentam qualquer tipo de lesão visível no períneo. No entanto, a dor perineal é mais frequente em mulheres com traumatismo perineal decorrente de lacerações espontâneas, episiotomia ou ambas (ALBERS et al., 1999).

De acordo com Albers e Borders (2007), existe uma relação directa entre a dor perineal e a extensão e complexidade da lesão perineal ocorrida durante o parto vaginal. Assim, quanto mais grave for o traumatismo perineal, mais frequente e intensa é a dor e vice-versa.

Um trabalho realizado com o objectivo de avaliar a relação entre a extensão e complexidade do traumatismo perineal e a dor subsequente, utilizando os dados do estudo HOOP (“Hands On Or Poised”) conduzido no Reino Unido em 5404 mulheres com partos eutócicos, mostrou que 85% das puérperas sofreram algum tipo de traumatismo perineal, verificando-se uma prevalência das lacerações de primeiro e segundo grau, as quais afectaram 66,3% dessas mulheres. A dor perineal ocorreu mesmo em mulheres sem traumatismo visível no períneo, tanto no segundo e no décimo dia como no terceiro mês após o parto, embora em menores proporções do que nas puérperas com lesões perineais. Em todas as mulheres, a dor perineal foi mais frequente no segundo dia, decrescendo progressivamente no décimo dia e no terceiro mês após o parto. Os autores observaram que a incidência da dor variou de acordo com a extensão e complexidade do traumatismo perineal, tendo sido mais elevada nas puérperas com lacerações de terceiro e quarto grau (ALBERS et al., 1999).

Um estudo prospectivo para determinar a frequência da dor perineal e a relação entre esta e o traumatismo perineal, envolvendo 444 mulheres, das quais cerca de 82% sofreram algum tipo de traumatismo perineal, revelou que o nível da dor perineal aumentou com a gravidade da lesão, sendo que a sua incidência no primeiro e no sétimo dia após o parto, foi de, respectivamente, 75% e 38% no grupo das mulheres com períneo “íntegro”, 95% e 60% no das lacerações de primeiro e segundo graus, 97% e 71% no das episiotomias e 100% e 91% no das lacerações de terceiro e quarto graus. Contudo, às seis semanas, não se verificou diferença estatisticamente significativa na frequência da dor entre os grupos (MACARTHUR; MACARTHUR, 2004).

Num outro estudo prospectivo, com o objectivo de avaliar a incidência da dor perineal no pós-parto, Andrews et al. (2008), constataram que 88% das 241 puérperas da amostra sofreram traumatismo perineal, sendo que 92% das mulheres apresentaram dor perineal no primeiro dia após o parto, mas às sete semanas apenas 12% referiram dor. As mulheres com lacerações de segundo, terceiro e quarto grau tiveram mais dor do que as mulheres com períneo “íntegro” ou lacerações de primeiro grau, tanto no primeiro e no quinto dia como às sete semanas após o parto, em todas as situações avaliadas: em repouso, sentadas e em movimento, sendo de referir que as lacerações de terceiro e quarto grau causaram significativamente mais dor do que qualquer outro tipo de traumatismo perineal.

Um ensaio clínico recente, conduzido por Leeman et al. (2009) em 565 mulheres com partos eutócicos, no qual foi avaliada a relação entre a extensão do traumatismo perineal e a dor perineal experimentada pelas puérperas no puerpério, revelou que no pós-parto imediato, as mulheres com lacerações perineais de segundo, terceiro e quarto grau apresentaram níveis de dor mais elevados do que as mulheres sem traumatismo visível no períneo ou com lacerações de primeiro grau ($p < 0.001$). Aos três meses após o parto, não se registaram diferenças significativas entre os grupos.

2.4 - SUTURA DO TRAUMATISMO PERINEAL

Segundo Pereira e Ferreira (2008, p.94), a sutura cirúrgica “consiste na aproximação das bordas de tecidos seccionados, para facilitar o processo de cicatrização e restabelecer a continuidade tecidual por primeira intenção”. De acordo com os autores, o sucesso de uma sutura depende de uma técnica adequada, do tipo de material empregue e de outros factores relacionados com a condição clínica do paciente.

Na prática obstétrica, a sutura do traumatismo perineal é uma parte importante dos cuidados continuados prestados à mulher durante o trabalho de parto e parto. No entanto, o processo de sutura e as consequências que este pode acarretar, em particular a dor perineal, constituem um motivo de grande preocupação para as puérperas. Muitas mulheres consideram que a sutura do períneo é um evento traumático, sendo, para algumas delas, a pior parte de toda a experiência de parto (MUNRO, 2008).

A sutura do traumatismo perineal é um dos aspectos relacionados com o parto vaginal que afecta milhões de mulheres em todo o mundo, podendo ter sérias implicações na morbilidade materna no pós-parto. No Reino Unido, anualmente, cerca de 85% das mulheres (n = 637,500) sofrem algum tipo de traumatismo perineal e destas, 60% a 70% necessitam de sutura (KETTLE; HILLS; ISMAIL, 2009).

A maioria destas mulheres tem dor perineal no pós-parto imediato e cerca de um quinto continua a ter problemas a longo prazo, como dispareunia superficial. Se as suturas forem feitas de uma forma inadequada, as mulheres poderão sentir dor continuamente, o que tem sido descrito como muito pior do que a dor do próprio parto (KETTLE et al., 2002).

A morbilidade materna a curto e a longo prazo, associada à sutura do traumatismo perineal, pode provocar graves problemas físicos e psicológicos à mulher, afectando a sua capacidade para realizar as tarefas quotidianas e prejudicando o seu relacionamento familiar e social. Por isso, é importante para as mulheres que profissionais competentes suturem as lesões perineais, usando as melhores técnicas e os melhores materiais de sutura, de modo a reduzir a morbilidade materna a curto e a longo prazo (KETTLE; HILLS; ISMAIL, 2009).

Segundo Mackrodt et al. (1998), a extensão do traumatismo perineal, a técnica e o tipo de material de sutura utilizados, bem como as competências do executante são factores que podem ter influência na magnitude da morbilidade materna no pós-parto.

2.4.1 - Materiais de sutura para reparação do traumatismo perineal

Segundo Kettle, Dowswell e Ismail (2010), a função mais importante da sutura perineal é manter o encerramento dos tecidos lesionados, de modo a promover a cicatrização por primeira intenção, controlar a hemorragia e reduzir o risco de infecção. Quando as lesões perineais são devidamente suturadas, geralmente cicatrizam por primeira intenção nas duas primeiras semanas após a implantação da sutura. No entanto, se os pontos permanecerem nos tecidos para além deste período podem provocar uma reacção

inflamatória, prejudicando a cicatrização. A infecção, uma vez instalada, é muito difícil de erradicar e pode conduzir à abertura das feridas, com reflexos negativos no bem-estar e saúde da mulher. Assim, o tipo de 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.

O categute simples é um material de sutura constituído por colagénico proveniente de intestinos de alguns animais, como vacas e ovelhas, sendo muito instável e imprevisível quanto ao tempo que demora até ser absorvido pelo organismo, especialmente se houver infecção das feridas. O categute cromado é tratado de forma a não absorver tanta água como o categute simples, o que retarda o processo de absorção e diminui a reacção inflamatória. Apesar de ser um produto de origem animal, ainda é utilizado em vários países, mas fora da União Europeia. Os materiais sintéticos absorvíveis mais utilizados para sutura do traumatismo perineal são o ácido poliglicólico e a poliglactina 910 que foram introduzidos no mercado em 1970 e 1974, respectivamente. Estes materiais são desenhados de forma a manterem o suporte da ferida até aos 30 dias, sendo totalmente absorvidos após 90 dias no caso da poliglactina, e 120 dias no caso do ácido poliglicólico. Um novo tipo de material sintético, poliglactina 910 de absorção rápida, foi introduzido pela primeira vez no mercado alemão, em 1987. Este material possui uma composição química idêntica à poliglactina 910, mas a sua exposição a raios gama durante o processo de esterilização resulta numa absorção mais rápida. É desenhado para manter o suporte de ferida até aos 14 dias, perdendo de seguida quase toda a sua força tênsil e sendo completamente absorvido após 42 dias, aproximadamente (KETTLE; DOWSWELL; ISMAIL, 2010).

De acordo com Leroux e Bujould (2006), era usual, na prática obstétrica, que o tipo de material escolhido para a sutura do traumatismo perineal fosse deixado ao critério de quem a executava. Não obstante a evidência científica dos benefícios resultantes da utilização dos materiais sintéticos absorvíveis para sutura do traumatismo perineal, o categute cromado permaneceu, durante décadas, como o material de eleição para muitos profissionais.

De facto, a evidência actualmente existente demonstra que a sutura do traumatismo perineal com materiais sintéticos absorvíveis, tais como a poliglactina 910 ou o ácido poliglicólico, reduz a dor perineal no pós-parto imediato em comparação com o categute cromado, embora implique um risco acrescido de remoção de sutura até aos três meses após o parto. No entanto, o novo tipo de poliglactina 910 de absorção rápida está associado a uma redução significativa de remoção da sutura, quando comparado com os outros materiais sintéticos absorvíveis (KETTLE; HILLS; ISMAIL, 2009).

Uma meta-análise efectuada com base nos dados de 18 estudos realizados entre 1974 e 2006, com 10171 mulheres, teve como objectivo avaliar os efeitos de diferentes materiais de sutura na morbidade materna a curto e a longo prazo, após a reparação do traumatismo perineal. A análise dos dados referentes aos estudos que compararam o categute com os materiais sintéticos absorvíveis (poliglactina 910 e ácido poliglicólico) proporcionou evidência significativa de que, até aos dez dias após o parto, a utilização destes últimos esteve associada a menos dor perineal, a uma redução do uso de analgésicos e a um menor risco de abertura de feridas, embora tivesse implicado um aumento da remoção de suturas. No entanto, não houve diferenças significativas entre os dois grupos de materiais, em termos de morbidade materna a longo prazo, sendo de salientar que, aos três meses após o parto e independentemente do tipo de material utilizado, cerca de 10% das mulheres continuaram a sentir dor perineal e mais de 15% referiram dispareunia. Em relação aos estudos que compararam os materiais absorvíveis poliglactina 910 e ácido poliglicólico com o material de sutura de rápida absorção, os resultados mostraram que não houve diferenças relevantes entre os grupos no que diz respeito à dor perineal no pós-parto imediato, embora num dos estudos se tivesse registado uma diminuição do uso de analgésicos no grupo das mulheres suturadas com o material de rápida absorção. Apesar de se ter verificado uma maior incidência de abertura das feridas no grupo do material de rápida absorção, quando comparado com o grupo da poliglactina 910 e ácido poliglicólico (6% vs 3,6%), neste último houve mais mulheres com remoção da sutura até aos três meses após o parto. Em termos de resultados a longo prazo referentes à dor perineal e dispareunia, não houve diferenças significativas entre os grupos. Esta análise demonstrou que, no pós-parto imediato, a sutura perineal com categute aumenta o risco de dor perineal, de abertura das feridas e da necessidade de uma nova sutura, em comparação com as suturas sintéticas absorvíveis poliglactina 910 e ácido poliglicólico. Existem poucas diferenças entre estas últimas e o material sintético de rápida absorção, embora este esteja associado a uma menor necessidade de remoção das suturas até aos três meses após o parto (KETTLE; DOWSWELL; ISMAIL, 2010).

2.4.2 - Práticas de suturar ou não suturar as lacerações perineais de primeiro e segundo graus e episiotomia

A técnica utilizada para sutura do traumatismo perineal após o parto vaginal é um dos factores que mais impacto pode ter na morbidade materna a curto e a longo prazo e, ainda assim, não tem merecido o devido reconhecimento por parte dos profissionais. Actualmente, assiste-se a uma enorme variação nas práticas adoptadas para reparação das

lesões perineais, não só entre as diversas unidades de saúde em todo o mundo, mas também dentro de cada uma delas (BICK et al., 2010).

Não suturar as lacerações perineais de primeiro e segundo graus

Na opinião de Baston e Hall (2009), o profissional de saúde, perante a ocorrência de uma laceração de primeiro ou de segundo grau, pode entender que não é necessário fazer a respectiva sutura, desde que não haja hemorragia e que as extremidades da ferida estejam próximas.

Na prática clínica, é habitual fazer-se a sutura do traumatismo perineal. No entanto, a prática de não suturar as lacerações de primeiro e segundo graus foi-se expandindo ao longo dos tempos, muito embora à luz de evidências científicas limitadas (CHAPMAN, 2009).

Um estudo realizado por Lundquist et al. (2000), envolvendo 80 primíparas, teve como objectivo determinar os efeitos na morbilidade materna da sutura de lacerações perineais de primeiro e segundo graus, em comparação com a não sutura dessas lacerações. Os autores constataram um ligeiro aumento de desconforto perineal no grupo das mulheres com sutura, não se tendo verificado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, em relação à cicatrização das feridas. Cerca de 16% das mulheres do grupo com sutura consideraram que as lacerações perineais afectaram a amamentação, não tendo havido nenhuma queixa no grupo das mulheres sem sutura. Os autores concluíram que as lacerações de primeiro e segundo graus podem cicatrizar espontaneamente, sendo muitos os benefícios para as mulheres, que assim evitam o desconforto da anestesia e da sutura, com efeitos positivos na amamentação.

Um outro estudo, com 74 primíparas, não encontrou diferenças relevantes entre o grupo de mulheres com sutura e o grupo sem sutura em termos de dor perineal, tanto no primeiro e no décimo dia, como na sexta semana a seguir ao parto. No entanto, as mulheres do grupo sem sutura apresentaram resultados significativamente piores na cicatrização das feridas, às seis semanas após o parto. Os autores concluíram que, apesar de a amostra ser relativamente pequena, os resultados demonstraram claramente que a cicatrização das feridas foi pior nas mulheres que não foram suturadas, pelo que é necessário que os profissionais revejam as práticas de não suturar as lacerações perineais de primeiro e

segundo graus, até que seja feita pesquisa sobre as implicações a longo prazo subjacentes a essas práticas (FLEMING; HAGEN; NIVEN, 2003).

Não suturar a pele perineal nas lacerações de primeiro e segundo grau e episiotomia

Embora haja evidência 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 pior cicatrização é mais elevado com a utilização deste método (KETTLE; RAYNOR, 2010).

Foram realizados dois estudos, um por Gordon et al. (1998) e outro por Orboro et al. (2003), ambos com o objectivo de fazer a comparação entre a técnica de sutura de dois planos, que consiste na reparação da mucosa vaginal e dos músculos perineais, deixando a pele perineal por suturar, e a técnica de sutura de três planos, em que a mucosa vaginal, os músculos e a pele são suturados.

O estudo efectuado por Gordon et al. (1998), que incluiu 1780 mulheres com episiotomia ou lacerações de primeiro ou segundo grau, não mostrou diferenças significativas entre os grupos em relação à dor perineal, aos dez dias após o parto; contudo, ao terceiro mês, as puérperas do grupo sem sutura da pele perineal referiram menos dor do que as do outro grupo. O estudo realizado por Orboro (2003), envolvendo 823 mulheres com episiotomia ou lacerações de segundo grau revelou que, no grupo sem sutura da pele perineal, houve uma redução da dor, tanto no segundo e no 14º dia como na sexta semana e no terceiro mês após o parto. Em relação à cicatrização das feridas, os autores do primeiro estudo constataram diferenças relevantes entre os grupos, sendo que as mulheres sem sutura da pele perineal apresentaram mais problemas na cicatrização das feridas, nos dez primeiros dias após o parto. Já os autores do segundo estudo não encontraram diferenças relevantes entre os grupos. Ambos os estudos identificaram uma menor incidência de dispareunia superficial aos três meses após o parto, no grupo das mulheres sem sutura da pele perineal.

Sutura das lacerações espontâneas e episiotomia

A sutura do traumatismo perineal provoca geralmente dor e desconforto, os quais podem comprometer a realização das actividades diárias das puérperas (CAMPOS;

CALADO, 2005). A técnica utilizada para reparação das lesões perineais pode ter uma grande influência na morbidade materna, pelo que os profissionais devem adoptar práticas fundamentadas em evidência científica, que possam contribuir para a redução da dor perineal e de outras complicações que afectam tantas mulheres no período pós-parto (BICK et al., 2010). No entanto, apesar da evidência científica actualmente existente, verifica-se uma grande variação nas técnicas utilizadas para sutura do traumatismo perineal, quer entre maternidades, quer entre os profissionais de cada maternidade (KETTLE; HILLS; ISMAIL, 2009).

Segundo Graça (2010 a), a reparação da episiotomia e das lacerações perineais deve ser feita por planos, podendo ser utilizadas algumas técnicas para a sutura de cada um deles. Assim, na opinião do autor, o primeiro plano, correspondente à mucosa vaginal, pode ser reparado com uma sutura contínua travada ou não travada. O segundo plano, referente aos músculos perineais, pode ser reparado com pontos contínuos ou separados e inclui geralmente duas suturas, sendo uma delas profunda no caso de envolvimento dos músculos levantadores do ânus, e outra superficial para encerramento dos músculos do diafragma urogenital e dos transversos do períneo. Por último, as extremidades cutâneas, correspondentes ao terceiro plano, são aproximadas com pontos separados ou com uma sutura contínua subcuticular (intradérmica ou subcutânea).

Para Campos e Calado (2005), a técnica de sutura contínua com encerramento perineal intradérmico está associada a menos dor no pós-parto imediato, sendo o método de eleição para reparação da episiotomia e das lacerações de segundo grau, desde que a extensão das feridas seja moderada e logo que não haja lesões perineais prévias, tais como varizes vulvares ou condilomatose perineal; nos restantes casos, a sutura deve ser feita com pontos separados. De acordo com os autores, na técnica de sutura contínua, tanto a mucosa vaginal como os músculos e o tecido celular subcutâneo perineais são reparados com uma sutura contínua não travada, aplicando-se um nó corrido triplo ao nível da extremidade distal das feridas. O encerramento subcutâneo do períneo é feito com pontos contínuos não travados, terminando com nó corrido triplo. Na técnica de sutura com pontos separados (interrompida), a mucosa vaginal é reparada com sutura contínua não travada, terminando com nó corrido triplo e secção da extremidade do fio. Os músculos e tecido celular subcutâneo perineais são suturados com pontos separados e nó triplo e, por fim, o encerramento do períneo é feito com pontos separados de Donati e nó triplo.

Enquanto Campos e Calado (2005), na técnica de sutura interrompida, preconizam o encerramento da mucosa vaginal com pontos contínuos não travados, Kettle, Hills e Ismail (2009) referem que, com este método, é costume utilizar pontos contínuos travados para

reparar a mucosa vaginal, uma vez que os pontos contínuos “corridos” (não travados) podem causar um encurtamento da vagina, se forem demasiado apertados; no entanto, acrescentam que não foram efectuados estudos controlados para comprovar esta teoria.

Na opinião de Leeman, Spearman e Rogers (2003), a reparação do traumatismo perineal deve ser efectuada com a técnica de sutura contínua, utilizando pontos contínuos não travados para a reparação da mucosa e submucosa vaginal, pontos separados para encerramento dos músculos perineais e pontos corridos subcuticulares para a sutura da pele perineal. Os autores consideram preferível o método interrompido para encerramento dos músculos perineais, por facilitar uma melhor reparação anatómica, permitindo a aproximação do músculo bulbo-cavernoso e a junção do septo vaginal, com uma utilização mínima de suturas.

Segundo Kettle, Hills e Ismail (2009), existe, de facto, uma grande variação nas técnicas utilizadas para reparação do traumatismo perineal. Contudo, há mais de 70 anos que os investigadores têm vindo a sugerir que as técnicas de sutura contínua são muito melhores do que o método tradicional de sutura interrompida por causarem menos dor no pós-parto e, ainda assim, não são usadas pela generalidade dos profissionais.

Fleming (1990) publicou um artigo, no qual descreveu a sua experiência referente à utilização de um método de sutura contínua não travada e solta para encerramento da mucosa vaginal e músculos perineais, com pontos contínuos subcuticulares para justapor a pele. A autora afirmou que as mulheres suturadas com a técnica contínua apresentaram baixos níveis de dor perineal em comparação com as que foram suturadas com o método tradicional interrompido.

Segundo Kettle, Hills e Ismail (2009), as diferenças entre as duas técnicas, em termos de dor perineal, podem estar associadas à tensão da sutura provocada por edema no tecido perineal. No caso da técnica tradicional, acontece frequentemente apertar demasiado os pontos interrompidos, os quais podem restringir a distribuição do edema no tecido perineal, provocando assim um aumento da dor. Com a técnica contínua, a tensão é transferida para a totalidade da extensão de uma sutura única; além disso, os pontos são inseridos abaixo da superfície da pele, evitando as terminações nervosas cutâneas, o que contribui para uma diminuição da dor.

Um estudo prospectivo, realizado no Reino Unido em 1542 mulheres com partos eutócicos, apresentando lacerações perineais de segundo grau ou episiotomia, comparou a técnica contínua de reparação perineal com o método tradicional interrompido. No grupo da

técnica contínua, a mucosa vaginal e os músculos perineais foram suturados com pontos contínuos não travados e a pele foi aproximada com pontos corridos subcuticulares. No grupo do método interrompido, foi feita uma sutura contínua travada para fechar a mucosa vaginal, sendo os músculos perineais encerrados com suturas interrompidas e as extremidades da pele aproximadas com pontos interrompidos transcutâneos. A análise dos dados revelou diferenças relevantes entre os grupos, em termos de dor perineal. No grupo da técnica contínua, a dor foi referida por um número significativamente menor de mulheres, em comparação com o grupo do método interrompido, tanto ao segundo dia após a sutura (69% vs 79%) como ao décimo dia (26,5% vs 44%), tendo esta diferença persistido até aos 12 meses após o parto (4% vs 7%). A frequência da dor perineal também foi menor nas mulheres suturadas com a técnica contínua ao segundo e ao décimo dias após a sutura, nas seguintes situações: a caminhar, sentadas, a urinar e a evacuar. Também a incidência de abertura de feridas, de remoção da sutura e de suturas desconfortáveis ou apertadas foi substancialmente menor no grupo das mulheres com suturas contínuas. Não se verificou diferença estatisticamente significativa entre os grupos, no que diz respeito à dispareunia superficial, aos três meses após a sutura. Perante a consistência dos resultados, os autores concluíram que ficou demonstrado o benefício da utilização da técnica contínua para reparação do traumatismo perineal, pois ao décimo dia após a sutura, em cada seis mulheres suturadas com esta técnica, houve uma a menos que se queixou de dor perineal. Esse benefício foi extensivo à dor perineal associada às actividades diárias das puérperas, bem como à abertura de feridas, necessidade de remoção da sutura e suturas desconfortáveis ou apertadas (KETTLE et al., 2002).

Num estudo realizado por Morano et al. (2006), em 214 puérperas com lacerações do segundo grau ou episiotomia, foi avaliado o efeito da técnica de sutura contínua de todos os planos (mucosa vaginal, músculos perineais e pele perineal) *versus* interrompida na frequência e nível da dor perineal no pós-parto imediato. Os resultados mostraram que no grupo da técnica contínua, a dor perineal foi referida por um número significativamente menor de mulheres, em comparação com o grupo da técnica interrompida, tanto ao segundo dia (52,3% vs 83,2%; $p < 0,001$) como ao décimo dia após o parto (32,2% vs 60,4%; $p < 0,001$). As mulheres suturadas com a técnica contínua também apresentaram níveis de dor significativamente mais baixos do que as mulheres suturadas com o método interrompido, ao segundo dia após o parto ($p < 0,05$), pelo que os autores concluíram que a técnica contínua para reparação perineal está associada a menos dor perineal no pós-parto imediato do que a técnica de sutura interrompida.

Numa revisão sistemática de sete estudos realizados entre 1978 e 2006, abrangendo 3822 mulheres de quatro países, foram avaliados os efeitos dos métodos de sutura contínua *versus* interrompida na morbidade materna a curto e a longo prazo, após a reparação de episiotomia ou de lacerações de segundo grau. No grupo do método interrompido, os músculos e a pele perineais foram suturados com pontos separados, em todos os estudos; no entanto, para o encerramento da mucosa vaginal, cinco estudos usaram pontos contínuos e os outros dois utilizaram suturas interrompidas. No grupo da técnica contínua, cinco estudos usaram pontos contínuos para sutura de todos os planos (mucosa vaginal, músculos perineais e pele). Os outros dois estudos também usaram a técnica contínua subcutânea para sutura da pele perineal, tendo procedido ao encerramento dos músculos perineais com pontos interrompidos; contudo, para a reparação da mucosa vaginal, um deles utilizou pontos contínuos e o outro usou pontos interrompidos. A meta-análise dos dados mostrou que as técnicas de sutura contínua para encerramento perineal (de todos os planos ou apenas da pele) estiveram associadas a menos dor no pós-parto imediato do que o método de sutura interrompida. A análise de subgrupo, referente às técnicas de sutura contínua (todos os planos *vs* só a pele perineal), revelou que houve uma maior redução da dor quando foi utilizada a técnica contínua para reparação de todos os planos. A meta-análise indicou também que as técnicas de sutura contínua, em comparação com o método interrompido, estiveram associadas a uma redução do uso de analgésicos e da necessidade de remoção da sutura. No entanto, não houve diferenças significativas entre os grupos em relação à necessidade de uma nova sutura ou à dor perineal aos três meses após o parto. Os autores concluíram que as técnicas de sutura contínua estão associadas a menos dor no pós-parto imediato do que o método interrompido; além disso, se a técnica contínua for utilizada para a reparação de todos os planos (mucosa vaginal, músculos e pele), o benefício para as mulheres, em termos de dor perineal, ainda é maior (KETTLE; HILLS; ISMAIL, 2009).

Num ensaio clínico recente, realizado por Almeida e Riesco (2008), que contou com a participação de 61 mulheres com partos eutócicos, apresentando lacerações de segundo grau ou episiotomia, foram avaliados os efeitos da técnica de sutura contínua em comparação com o método interrompido na morbidade materna após o parto. No grupo da técnica contínua, a reparação da mucosa vaginal e dos músculos perineais foi realizada com pontos contínuos não travados e a pele perineal foi suturada com pontos contínuos intradérmicos. No grupo do método interrompido, foram utilizados pontos contínuos travados para sutura da mucosa vaginal e pontos separados para encerramento dos músculos e pele perineais. Os resultados do estudo mostraram que a técnica contínua esteve associada a uma menor incidência da dor perineal em relação à palpação do períneo bem como às

actividades de sentar, andar e urinar, tanto ao quarto como ao 41^o dia após o parto. No entanto, só houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos na dor perineal à palpação ao quarto dia, tendo esta sido mais frequente nas puérperas suturadas com a técnica interrompida.

2.4.3 - Formação técnica do profissional em relação à sutura do traumatismo perineal

Segundo Kettle, Hills e Ismail (2009), a razão pela qual o profissional escolhe um determinado método para reparação do traumatismo perineal parece depender da forma como aprendeu a suturar pela primeira vez e não de evidências clínicas robustas. É prática corrente ensinar-se a suturar o traumatismo perineal com a técnica interrompida, pois é considerada mais fácil de aprender e mais simples de executar, causando menos problemas a quem tem pouca experiência. No entanto, todos os profissionais deveriam receber formação adequada nesta área, de modo a utilizarem a técnica de sutura mais apropriada, não por tradição, mas com base em evidências científicas.

De acordo com Bick et al. (2010), a evidência actual indica que as técnicas de sutura contínua, em comparação com o método interrompido, estão associadas a uma maior redução da dor perineal e de outras complicações no pós-parto e, no entanto, não são muito utilizadas pela generalidade dos profissionais. Na opinião dos autores, para além de uma formação básica adequada, é necessário que os profissionais recebam formação contínua actualizada, tendo em vista a implementação de práticas efectivas que permitam reduzir a morbilidade materna no puerpério, contribuindo para a melhoria da saúde física e psicológica de muitas mulheres em todo o mundo.

PARTE II
ESTUDO EMPÍRICO

3 - MÉTODOS

Fortin (2003) considera a metodologia como um conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica, sendo nesta fase do processo que se indica o tipo de investigação realizada, a formulação de hipóteses, as variáveis e sua operacionalização, o processo de selecção da amostra, o instrumento de colheita de dados, como se processou essa colheita e as técnicas e medidas estatísticas utilizadas.

Desta forma, e tendo por base o referencial teórico previamente elaborado, definimos os procedimentos metodológicos que considerámos mais adequados ao desenvolvimento deste estudo.

Questões, objectivos e hipóteses de investigação

O puerpério é uma fase de grande exigência para a mulher que, a par das actividades relacionadas com o exercício da maternidade, tem de enfrentar rápidos ajustes fisiológicos e psicológicos, ficando mais vulnerável a intercorrências, tanto físicas quanto emocionais (PITANGUI et al., 2009).

Entre os vários problemas de saúde que podem ocorrer durante este período, a dor perineal é um dos mais frequentes, afectando a maioria das mulheres no período imediatamente a seguir ao parto (KETTLE et al., 2002) e cerca de 42% no pós-parto imediato, sendo que destas, cerca de 22% e 10% ainda continuam a sentir dor às oito e 12 semanas após o parto, respectivamente (THAKAR;SULTAN, 2009).

A dor perineal pode estar associada a vários factores de risco, nomeadamente factores obstétricos, maternos e fetais. Alguns estudos têm demonstrado que o nível de escolaridade mais elevado, a etnia (mulheres caucasianas), a nuliparidade (LEEMAN et al., 2009), a longa duração do segundo estadio do trabalho de parto (>30 minutos), os partos vaginais instrumentados (WATANATITAN; ARMARTTASN; MANUSIRIVITHAYA, 2009), e a idade materna mais avançada (FRANCISCO et al., 2011) estão associados à dor perineal no pós-parto imediato.

Uma das maiores causas de dor perineal após o parto vaginal é o traumatismo perineal provocado por lacerações espontâneas, episiotomia ou ambas. As algias perineais afectam muitas mulheres, mesmo as que não apresentam qualquer tipo de lesão visível no

períneo (ALBERS et al., 1999). No entanto, são mais frequentes em mulheres com traumatismo perineal, existindo uma relação directa entre a extensão e complexidade das lesões perineais e a dor subsequente. Deste modo, quanto mais grave for o traumatismo perineal, mais frequente e intensa é a dor e vice-versa (ALBERS; BORDERS, 2007).

Diversos estudos realizados com o objectivo de avaliar a incidência da dor perineal após o parto vaginal e a relação entre esta e o traumatismo perineal, vieram demonstrar que a dor varia de acordo com a extensão e complexidade do traumatismo, sendo tanto maior quanto mais graves forem as lesões perineais. No entanto, e independentemente do tipo de traumatismo sofrido, a dor perineal é mais frequente e intensa no pós-parto imediato, sobretudo até ao segundo dia, decrescendo progressivamente ao longo do tempo (ALBERS et al., 1999; MACARTHUR; MACARTHUR, 2004; ANDREWS et al., 2008).

O traumatismo perineal ocorre na maioria dos partos vaginais, afectando milhões de mulheres em todo o mundo. Do facto, cerca de 85% das mulheres sofre algum tipo de traumatismo perineal, sendo que 60% a 70% necessitam de sutura (KETTLE; HILLS; ISMAIL, 2009).

A morbidade materna no pós-parto, associada à sutura do traumatismo perineal, pode provocar graves problemas físicos e psicológicos à mulher. A dor perineal, em particular, pode ter um impacto negativo na qualidade de vida da puérpera, afectando a sua capacidade para cumprir as tarefas inerentes ao exercício da maternidade e interferindo até na realização de actividades diárias básicas como caminhar, sentar-se, deitar-se, urinar ou evacuar (KETTLE et al., 2002). Assim, é fundamental que se proceda à sutura das lesões perineais utilizando os melhores materiais e as melhores técnicas, de modo a reduzir a morbidade materna no puerpério (KETTLE; HILLS; ISMAIL, 2009).

A evidência científica actual mostra que os materiais sintéticos absorvíveis, tais como a poliglactina 910 e o ácido poliglicólico, estão associados a uma maior redução da dor perineal no pós-parto imediato quando comparados com outro tipo de materiais, nomeadamente o categute cromado. Um outro material sintético mais recente, designado de rápida absorção, não tem mostrado diferenças em relação à poliglactina 910 e ao ácido poliglicólico, em termos de dor perineal, mas está associado a uma menor necessidade de remoção das suturas até aos três meses após o parto (KETTLE; DOWSWELL; ISMAIL, 2010).

Em relação às técnicas de sutura, a evidência científica indica que as técnicas de sutura contínua estão associadas a menos dor perineal no pós-parto do que o método interrompido. Os estudos realizados sobre esta matéria mostram que nas mulheres suturadas com a técnica contínua, em comparação com as que são suturadas com o

método interrompido, a dor perineal é significativamente menor no pós-parto imediato, tanto a caminhar como a sentar-se, a urinar ou a evacuar (KETTLE et al., 2002). Além disso, quando a técnica contínua é utilizada para encerramento de todos os planos (mucosa vaginal, músculos perineais e pele), o benefício para as mulheres, em termos de redução da dor perineal, ainda é maior do que quando é utilizada para encerramento apenas da pele perineal (KETTLE; HILLS; ISMAIL, 2009).

Apesar de ser um dos problemas mais comuns de morbilidade materna no pós-parto, com sérias implicações ao nível da saúde física e psicológica da mulher, a dor perineal é frequentemente subestimada pelos profissionais de saúde, a favor de outros sintomas ou patologias. Por isso, o reconhecimento da importância da avaliação da dor perineal é fundamental para a implementação de práticas mais eficazes que possam contribuir para a melhoria da assistência prestada às puérperas (PITANGUI et al., 2009).

Tendo em conta os aspectos atrás mencionados, passamos a enunciar as questões de investigação que esta problemática nos suscitou:

- Em que medida é que factores como a idade, habilitações literárias, paridade, IMC e peso do recém-nascido influenciam o nível de dor perineal no pós-parto?
- Que relação existe entre o traumatismo perineal e o nível de dor perineal no pós-parto?
- Qual o efeito que a técnica de sutura tem no nível de dor perineal no pós-parto?
- Que relação existe entre os momentos de avaliação (2º, 10º e 45º dia) no nível de dor perineal?

Na sequência das questões formuladas, delineámos os seguintes objectivos:

- Verificar se as variáveis idade, habilitações literárias, paridade, IMC e peso do recém-nascido têm influência no nível de dor perineal no pós-parto.
- Analisar a relação entre o traumatismo perineal e o nível de dor perineal no pós-parto.
- Analisar o efeito da técnica de sutura no nível de dor perineal no pós-parto.
- Determinar a relação entre os momentos de avaliação (2º, 10º e 45º dia) no nível de dor perineal.

Face aos objectivos descritos, formulámos as seguintes hipóteses:

Hipótese 1 – As variáveis sócio-demográficas (idade e habilitações literárias) e as variáveis obstétricas (paridade, IMC e peso do recém-nascido) têm influência no nível de dor perineal no pós-parto.

Hipótese 2 – Existe relação entre o traumatismo perineal e o nível de dor perineal no pós-parto.

Hipótese 3 – A técnica de sutura tem efeito no nível de dor perineal no pós-parto.

Hipótese 4 – Existe relação entre os momentos de avaliação (2º, 10º e 45º dia) no nível de dor perineal.

Tipo de estudo

Conceptualizámos um estudo transversal de natureza quantitativa e procedemos a uma pesquisa que obedece a um desenho característico de um estudo não experimental (PEDHAZUR; SCHMELKIN, 1991), também designado de estudo descritivo e correlacional (FORTIN, 2003), uma vez que não há manipulação das variáveis e com ele se pretende efectuar a descrição das características da amostra bem como o estabelecimento das relações entre as variáveis.

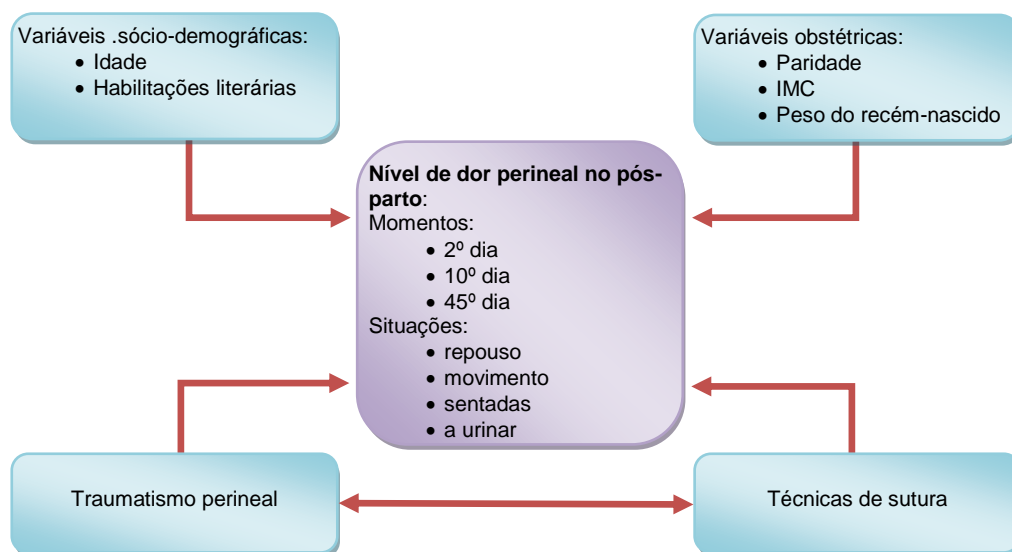
Relativamente às variáveis, considerámos como variável dependente o nível de dor perineal após o parto eutócico, avaliado em diferentes momentos (2º, 10º e 45º dia) e em situações distintas (repouso, movimento, sentadas e a urinar).

Como variáveis independentes, considerámos variáveis de contexto sócio-demográfico (idade, estado civil, habilitações literárias e zona de residência), variáveis referentes a dados obstétricos anteriores (número de gestações, número de partos, tipo de partos, episiotomia e tipo de episiotomia), dados obstétricos actuais (idade gestacional, tipo de anestesia utilizado na episiorrafia, IMC, aumento de peso durante a gravidez, peso do recém-nascido e utilização de analgésicos e/ou gelo após o parto) e ainda dados relativos ao tipo de traumatismo perineal, ao tempo de experiência do profissional na execução de episiorrafias, à quantidade de fios utilizados na sutura, às técnicas de sutura utilizadas na reparação perineal e às alterações em relação a essas técnicas.

Assim, e tendo em conta a fundamentação teórica, os objectivos e as hipóteses formuladas, elaborámos uma representação esquemática, com o objectivo de dar a conhecer, de uma forma simplificada, o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis.

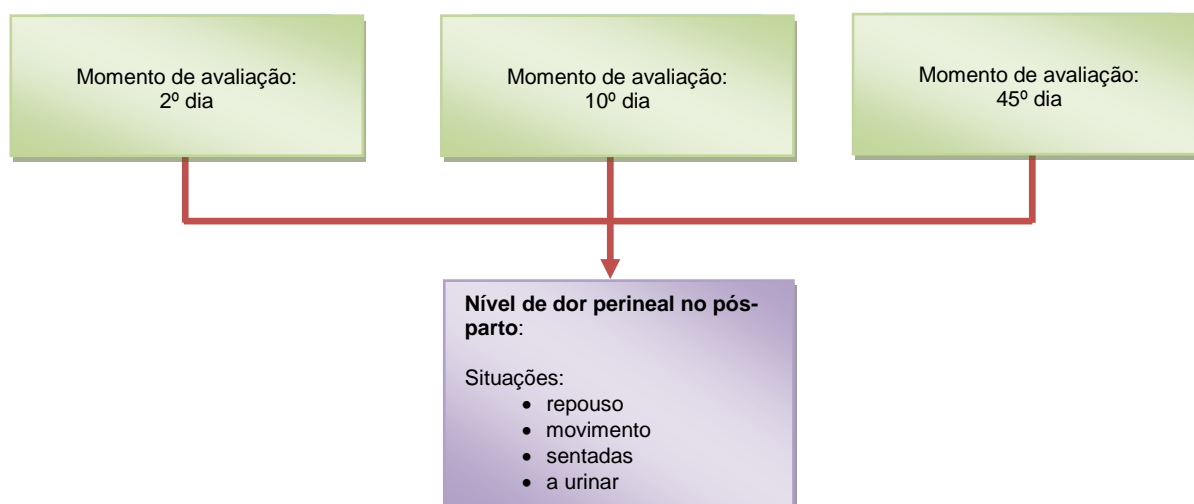
A figura 1 pretende explicar as relações que se prevê existirem entre as variáveis independentes em estudo e a variável dependente nível de dor perineal no pós-parto, nos vários momentos e situações de avaliação.

Figura 1 - Representação esquemática da relação entre as variáveis estudadas (desenho de investigação)



Foi também nossa intenção verificar a relação existente entre os momentos de avaliação (2º, 10º e 45º dia) no nível de dor perineal em todas as situações consideradas, pelo que elaborámos o seguinte esquema (cf. figura 2):

Figura 2 - Representação esquemática da relação entre os momentos de avaliação (2º, 10º e 45º dia) no nível de dor perineal, nas situações consideradas



Como referimos anteriormente, em Portugal esta temática não tem merecido a devida atenção por parte dos investigadores. Não pretendemos, contudo, com este trabalho encontrar soluções para uma problemática tão complexa, mas antes contribuir para o reconhecimento da importância da mesma, no sentido de serem implementadas práticas

mais eficazes, baseadas em evidências científicas, tendo em vista a redução da dor perineal no pós-parto e, conseqüentemente, a promoção da saúde e do bem-estar das puérperas.

3.1- PARTICIPANTES

A amostra que seleccionámos, obedecendo a critérios de um tipo de amostragem não probabilística por conveniência, é constituída por um total de 281 puérperas com partos eutócicos realizados no bloco de partos de um hospital da zona centro do país.

A selecção foi feita tendo por referência os seguintes critérios de elegibilidade: puérperas com idade igual ou superior a 16 anos, com capacidade de comunicar em língua portuguesa, sem patologia gravídica, com partos eutócicos, sem lacerações perineais de terceiro e quarto grau e com feto único, vivo e sem malformações.

As mulheres com lacerações de terceiro e quarto grau e com partos vaginais instrumentados (fórceps e ventosa) não foram incluídas no estudo, uma vez que os enfermeiros não suturam esse tipo de lesões nem executam esse tipo de partos.

3.1.1 - Caracterização sócio-demográfica da amostra

Os dados que a seguir se apresentam contextualizam todo um conjunto de características sócio-demográficas da amostra, designadamente idade, estado civil, habilitações literárias e zona de residência.

Idade

As estatísticas relativas à idade revelam que as puérperas apresentam uma idade mínima de 16 anos e uma máxima de 43 anos, ao que corresponde uma idade média de 30,09 anos com um desvio-padrão de 4,90 anos (cf. tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade.

N	Mín	Máx	Média	D.P.
281	16	43	30,09	4,90

A Direcção-Geral da Saúde refere que os grupos etários relativos a idades inferiores a 17 anos e iguais ou superiores a 35 anos representam grupos de risco na gravidez (PORTUGAL, 1993), pelo que inicialmente procedemos ao agrupamento da nossa amostra de acordo com estas indicações. Contudo, verificámos que apenas uma mulher tinha idade inferior a 17 anos, o que iria impossibilitar a posterior aplicação de testes estatísticos, pelo

que decidimos constituir os dois primeiros grupos etários tendo como referência a idade de 18 anos.

Pela análise dos dados apresentados na tabela 2, verificamos que a maioria das puérperas (82,9%) pertence ao grupo etário dos 18 aos 34 anos, sendo que apenas 1,4% têm idade inferior a 18 anos.

Estado civil

Constatamos que a maioria das puérperas é casada (74,4%), 21,7% vivem em união de facto, 3,6% são solteiras e 0,4% separadas (cf. tabela 2).

Habilitações literárias

Quanto à situação académica, a maioria das puérperas possui habilitações literárias ao nível do ensino superior (34,9%), seguindo-se o ensino secundário (33,1%) e a escolaridade até ao nono ano (32,0%) (cf. tabela 2).

Zona de residência

Os dados apresentados na tabela 2 revelam que a maioria das puérperas reside em áreas urbanas (50,9%).

Tabela 2 - Caracterização sócio-demográfica da amostra

Variáveis	Total	
	N (281)	% (100)
Grupo etário		
<18	4	1,4
18-34	233	82,9
≥35	44	15,7
Estado civil		
Solteira	10	3,6
Casada	209	74,4
Separada	1	0,4
União de facto	61	21,7
Habilitações literárias		
4º ano	4	1,4
6º ano	31	11,0
9º ano	55	19,6
12º ano	93	33,1
Bacharelato	3	1,1
Licenciatura	92	32,7
Mestrado	2	0,7
Doutoramento	1	0,4
Zona de residência		
Urbana	143	50,9
Rural	138	49,1

3.2 - INSTRUMENTOS

Neste estudo, a recolha de dados foi efectuada com recurso a dois questionários, um dirigido às puérperas (apêndice I) e outro aos profissionais de saúde (apêndice II), sendo o primeiro acompanhado por uma carta com uma breve apresentação do estudo, finalidade e objectivos e na qual eram salientados aspectos como o anonimato e a confidencialidade.

Os questionários foram construídos pelo autor desta pesquisa com base nas informações contidas em estudos realizados sobre esta temática, os quais estão referidos no enquadramento teórico.

Para a recolha de dados junto às puérperas, foi aplicado um questionário composto por quatro secções. A secção I era constituída por um conjunto de questões referentes ao contexto sócio-demográfico da puérpera, designadamente a idade, estado civil, habilitações literárias e zona de residência. A secção II continha questões relativas a dados obstétricos anteriores ao parto actual, tais como o número de gestações, o número de partos, o tipo de partos (eutócico; ventosa; fórceps; cesariana) e o tipo de traumatismo sofrido: episiotomia (lateral; médio-lateral; mediana) e/ou lacerações espontâneas (1º grau; 2º grau). No que diz respeito à secção III, as questões incidiam sobre os dados obstétricos no momento do parto actual, nomeadamente a idade gestacional, o tipo de anestesia utilizado na episiorrafia (epidural; loco-regional; pudendos; raqui; sistémica), o IMC, o ganho ponderal (aumento de peso durante a gravidez) e, ainda, o peso do recém-nascido. A secção IV, referente à avaliação da dor perineal no pós-parto, era composta pela Escala Numérica da Dor, sendo esta um dos instrumentos de mensuração da dor aprovados pela Direcção-Geral da Saúde (PORTUGAL, 2003) e tendo sido adoptada pelo hospital anteriormente referido. A escala, fornecida às puérperas e devidamente explicada para posterior utilização no domicílio, consiste numa régua em papel, dividida em partes iguais numeradas de 0 a 10, na qual a utente escolhe o número que melhor representa a intensidade da sua dor, sendo que 0 corresponde à classificação “Sem Dor” e 10 à classificação “Dor Máxima” ou seja, a mais intensa que a utente pode imaginar. A avaliação da intensidade da dor foi efectuada em três momentos (2º, 10º e 45º dia após o parto) e em quatro situações (repouso, movimento, sentadas e a urinar). Esta secção continha ainda uma questão sobre o uso de analgésicos no pós-parto (via oral/via intramuscular) e outra relativa à aplicação de gelo no pós-parto.

O questionário dirigido aos profissionais de saúde englobava seis questões referentes ao parto actual, designadamente o tipo de episiotomia realizada (lateral; médio-lateral; mediana), a ocorrência de lacerações espontâneas (1º grau; 2º grau), o tempo de experiência do profissional na execução de episiorrafias, a quantidade de fios utilizados na

sutura (número de fios de mucosa; número de fios de pele), a técnica de sutura utilizada na reparação do períneo (Técnica A1: Interrompida; Técnica A2: Contínua Transcutânea; Técnica A3: Contínua Intradérmica) e, por último, se houve alguma alteração às técnicas de sutura definidas e, em caso afirmativo, qual foi a alteração efectuada.

Importa referir que a classificação das lacerações espontâneas se enquadra na classificação internacional aprovada pelo *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG).

A decisão de suturar ou não suturar as lesões perineais, bem como a escolha da técnica de sutura foram deixadas ao critério de cada profissional, sendo de referir que todas as puérperas com traumatismo perineal foram suturadas.

3.3 - TÉCNICAS DE SUTURA UTILIZADAS NO ESTUDO

Sendo um dos objectivos deste trabalho analisar o efeito da técnica de sutura no nível de dor perineal em mulheres com parto eutócico, e considerando que a evidência científica aponta para o facto de que a técnica de sutura contínua para encerramento perineal de todos os planos é a que está associada a menos dor perineal no pós-parto imediato, era nossa intenção seleccionar este método como uma das técnicas a utilizar no estudo. Contudo, não nos foi possível fazê-lo, uma vez que esta técnica não é executada no bloco de partos do referido hospital e não havia possibilidade de fazer formação em tempo útil a todos os profissionais intervenientes.

Assim, optámos por incluir o método tradicional de sutura interrompida e duas técnicas de sutura contínua para encerramento da pele perineal, uma delas com pontos intradérmicos e a outra com pontos contínuos transcutâneos, cuja descrição consta no verso do apêndice II. Esta última nunca foi utilizada em nenhum estudo, tanto quanto é do nosso conhecimento. No entanto, é uma técnica referida por alguns autores, nomeadamente por Murtagh (1992) e Pereira e Ferreira (2008) que a designam de “over-and-over suture” e de “chuleio”, respectivamente, e que tem sido usada desde há muito tempo por alguns profissionais do bloco de partos do referido hospital, nomeadamente pelo autor desta pesquisa. Por esta razão, considerámos pertinente seleccioná-la como uma das técnicas a utilizar na reparação perineal das puérperas participantes neste estudo.

3.4 - PROCEDIMENTOS

Para o nosso estudo, recorreremos a uma amostragem que teve por base um total de 287 puérperas com partos eutócicos realizados no bloco de partos de um hospital da região centro do país, no período compreendido entre 19/10/2010 e 19/02/2011. O questionário foi inicialmente aplicado à totalidade da amostra, tendo no entanto sido incluídas apenas 281 puérperas, uma vez que as restantes seis não atenderam o telefone, o que impossibilitou o seguimento das mesmas ao décimo e ao 45º dia após o parto.

De acordo com os objectivos definidos, adoptou-se como metodologia dirigir um questionário às puérperas e outro aos profissionais que realizaram os respectivos partos, sendo o destes últimos de auto-preenchimento e tendo decorrido no período atrás referido. A aplicação do questionário dirigido às puérperas foi efectuada directamente pelo autor desta pesquisa ao segundo, décimo e 45º dia após o parto, tendo a recolha de dados ficado concluída no 45º dia subsequente ao último dia do período mencionado.

No cumprimento dos procedimentos éticos necessários, solicitámos autorização formal para a aplicação dos questionários ao Conselho de Administração do hospital, tendo a mesma sido recusada em virtude de constar um item com a indicação da profissão de quem executava o parto (enfermeiro ou médico). Após termos procedido à eliminação desse item, foi-nos concedida a referida autorização (apêndice III).

Para além da carta de apresentação anteriormente mencionada, na qual era garantida total confidencialidade, os questionários dirigidos às puérperas fizeram-se também acompanhar por uma declaração de consentimento informado que, após explicação detalhada do seu conteúdo, era assinada pela utente (apêndice I).

Os questionários só foram aplicados às utentes após termos verificado que os questionários dirigidos aos profissionais tinham sido devidamente preenchidos. A recolha de dados junto às puérperas foi efectuada directa e presencialmente pelo autor deste estudo, na enfermaria do Serviço de Obstetrícia, ao segundo dia a seguir ao parto, altura em que o questionário foi preenchido após explicação de todos os itens que compunham as quatro secções constituintes. Os dados referentes à avaliação do nível de dor perineal ao 10º e 45º dias após o parto foram obtidos através de contacto telefónico, para o qual as utentes deram o seu consentimento prévio.

3.5 - PROCEDIMENTO ESTATÍSTICO

Após a colheita de dados e para a realização da análise estatística, as respostas dos sujeitos e respectiva cotação foram codificadas numericamente e lançadas numa base de dados construída para o efeito.

O tratamento estatístico dos dados foi efectuado com recurso à estatística descritiva e à estatística inferencial. Em relação à primeira, determinámos frequências absolutas, relativas e percentuais, medidas de tendência central como média (\bar{x}) e medidas de dispersão como desvio padrão (DP), de acordo com as características das variáveis em estudo. No que respeita à estatística inferencial, fizemos uso da estatística não paramétrica.

A utilização de testes paramétricos exige a verificação simultânea de duas condições, sendo a primeira que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogéneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras populacionais (MAROCO, 2007).

Segundo este autor, os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade, desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas, o que vai ao encontro do referido por Pestana e Gageiro (2005), quando afirmam que para grupos amostrais com um N superior a 30, a distribuição t com x graus de liberdade aproxima-se da distribuição normal, independentemente da distribuição amostral não apresentar características de curvas gaussianas.

A estatística não paramétrica é utilizada como alternativa aos testes paramétricos quando as condições de aplicação destes, nomeadamente a homogeneidade de variância entre os grupos, não se verifica (MAROCO, 2007), isto é, só se recorre a estes testes quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor for superior a 1.6 (PESTANA; GAGEIRO, 2005).

Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos, deduzindo-se daí que a possibilidade de rejeitar H_0 é muito menor.

Assim, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis foi usado o teste de Kolmogorov-Smirnov com correcção de Lilliefors, enquanto que para testar a homogeneidade das variâncias se recorreu ao teste de Levene por ser um dos mais potentes (MAROCO, 2007).

O teste de Kolmogorov-Smirnov é um teste de normalidade usado para amostras superiores a 50 inquiridos e que nos leva a decidir entre a utilização de testes paramétricos (se existir normalidade) e testes não paramétricos (se não existir normalidade).

As hipóteses formuladas foram testadas através de testes não paramétricos, uma vez que se verificou não existir uma distribuição normal da variável dependente.

Desta forma, utilizámos o teste U de Mann-Whitney para testar a diferença de ordenações médias (medida não paramétrica equiparada à média) para duas sub-amostras independentes como, por exemplo, com e sem partos anteriores, quando “cruzadas” com uma variável métrica (a dor).

O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado para testar a diferença de ordenações médias para três ou mais sub-amostras independentes como, por exemplo, as habilitações literárias (até ao 9º ano, secundário e superior), quando cruzadas com uma variável métrica (a dor).

O teste de Friedman é um teste não paramétrico utilizado para amostras emparelhadas quando existem mais do que duas condições de emparelhamento, pelo que o utilizámos para comparar as ordenações médias do nível de dor entre os três momentos de avaliação (2º, 10º e 45º dia).

As hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Este nível de significância permite-nos afirmar com uma “certeza” de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis.

Os critérios de decisão para os testes de hipóteses baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se for superior a esse valor.

Na análise estatística, utilizámos os seguintes valores de significância:

- $p \geq 0,05$ - diferença estatística não significativa
- $p < 0,05$ - diferença estatística significativa
- $p < 0,01$ - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0,001$ - diferença estatística altamente significativa

A apresentação dos resultados efectuou-se com o recurso a tabelas e quadros, onde se apresentam os dados mais relevantes. Omitiu-se o local, a data e a fonte, visto que todos os dados foram colhidos através do instrumento de recolha de dados aplicado. A descrição e a análise dos dados procuraram obedecer à ordem pela qual foi elaborado o instrumento de colheita de dados.

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 19.0 para Windows.

4 - RESULTADOS

Este capítulo tem como propósito descrever e analisar os resultados obtidos a partir dos dados recolhidos no trabalho de campo.

O processo de análise que agora se inicia está estruturado para dar resposta aos diferentes objectivos e hipóteses formuladas.

Assim, consideramos a existência de dois subcapítulos. No primeiro, referente à análise descritiva, são estudados os dados obstétricos anteriores e actuais, seguindo-se a avaliação da dor perineal e, por último, as variáveis relativas ao parto actual. O segundo subcapítulo é dedicado à análise inferencial.

4.1 - ANÁLISE DESCRITIVA

4.1.1 - Dados obstétricos anteriores

Gestações e paridade

A paridade diz respeito ao número de gestações em que o feto (ou fetos) atingiu viabilidade ao nascer e não ao número de fetos nascidos, entendendo-se por viabilidade a capacidade que o feto tem para viver fora do útero desde, aproximadamente, as 22 a 24 semanas de amenorreia ou ter um peso superior a 500 gramas. O facto de o feto nascer vivo ou morto, depois de ter atingido a viabilidade, não afecta a paridade (LOWDERMILK, 2008 a).

Pela análise dos dados apresentados na tabela 3, podemos verificar que o número de gestações anteriores varia entre 1 e 6, ao que corresponde uma média de 1,56 com um desvio-padrão de 1,00 e que o número de partos anteriores varia entre 0 e 6, sendo a média de 1,39 partos com um desvio-padrão de 0,85.

Tabela 3 - Estatísticas relativas às gestações e partos anteriores

Variáveis	Mín	Máx	Média	D.P.
Gestações	1	6	1,56	1,00
Partos	0	6	1,39	0,85

A tabela 4 caracteriza a amostra em estudo no que diz respeito às gestações e partos anteriores, podendo verificar-se que 60,5% das mulheres tiveram gestações anteriores e 55,2% tiveram partos anteriores ao actual.

Tabela 4 – Gestações e partos anteriores

Variáveis	N (281)	% (100)
Gestações		
Com gestações	170	60,5
Sem gestações	111	39,5
Partos		
Com partos	155	55,2
Sem partos	126	44,8

Ao analisarmos os resultados da tabela 5, constatamos que 39,9% das mulheres tiveram uma gestação, seguindo-se as puérperas com duas (13,2%) e, por fim, as que tiveram três (3,9%) e quatro ou mais gestações (3,5%). Em relação aos partos anteriores, verificamos que 42,0% das mulheres tiveram apenas um parto, seguindo-se as puérperas com dois (7,8%) e as que tiveram três (3,6%) e quatro ou mais partos (1,8%).

Tabela 5 - Caracterização das puérperas quanto ao número de gestações e partos anteriores

Variáveis	N (281)	% (100)
Número de gestações		
Uma gestação	112	39,9
Dois gestações	37	13,2
Três gestações	11	3,9
≥ Quatro gestações	10	3,5
Sem gestações	111	39,5
Número de partos		
Um parto	118	42,0
Dois partos	22	7,8
Três partos	10	3,6
≥ Quatro partos	5	1,8
Sem partos	126	44,8

Tipo de partos

Os partos podem ser eutócicos ou distócicos. O parto eutócico, também designado de parto normal, é aquele em que a expulsão do feto ocorre por via vaginal sem recurso a instrumentação, enquanto que o distócico é o parto realizado com intervenções instrumentais, tais como ventosa, fórceps e cesariana. O parto por ventosa envolve a aplicação de uma ventosa na cabeça fetal (occiput), utilizando a pressão negativa para facilitar o nascimento. O parto por fórceps é o parto em que são usados fórceps (instrumentos formados por dois ramos articulados, cujas extremidades, designadas de colheres, são curvas) para ajudar a saída da cabeça fetal. A cesariana consiste no nascimento de um feto através de uma incisão na parede abdominal e no útero (LOWDERMILK, 2008 b).

A maioria dos partos anteriores das puérperas foi eutócico (76,9%), seguindo-se as cesarianas (10,2%), os partos por ventosa (8,8%) e, por último, os partos por fórceps (4,1%) (cf.tabela 6).

Tabela 6 - Tipo de partos anteriores

Tipo de partos	N (216)	% (100)
Eutócico	166	76,9
Ventosa	19	8,8
Fórceps	9	4,1
Cesariana	22	10,2

Episiotomias anteriores

Relativamente à existência de episiotomias prévias, a tabela 7 mostra-nos que 54,4% das participantes neste estudo nunca foram submetidas a episiotomia antes do parto actual, havendo, no entanto, um número significativo de mulheres a quem já tinha sido realizada esta intervenção (45,6%).

Tabela 7 - Caracterização das puérperas quanto à realização de episiotomias anteriores

Episiotomias anteriores	N (281)	% (100)
Com episiotomia	128	45,6
Sem episiotomia	153	54,4

Tipo de episiotomias

Actualmente, os tipos de episiotomia mais utilizados são a episiotomia mediana e a médio-lateral, sendo que a primeira consiste numa incisão de três a quatro centímetros na

rafe mediana a partir da fúrcula e a última numa incisão segundo um ângulo de cerca de 45° relativamente à linha mediana. A episiotomia mediana tem sido progressivamente abandonada devido aos riscos de facilmente se prolongar por lacerações do esfíncter anal e do recto, quer no parto eutócico, geralmente na altura da expulsão dos ombros, quer no parto instrumentado (fórceps e ventosa) (GRAÇA, 2010 a).

Assim, procurámos obter informações sobre o tipo de episiotomia a que as puérperas tinham sido submetidas anteriormente, tendo constatado que a técnica mais utilizada na execução desta intervenção cirúrgica foi a médio-lateral (98,4%) e que a mediana foi realizada em apenas 1,6% dos casos (cf. tabela 8).

Tabela 8 - Tipo de episiotomias anteriores

Tipo de episiotomia	N (128)	% (100)
Lateral	0	0
Médio-lateral	126	98,4
Mediana	2	1,6

Em síntese:

- Verifica-se que 60,5% das mulheres tiveram gestações anteriores, sendo que 39,9% tiveram uma gestação;
- Em termos de paridade, 55,2% das puérperas tiveram partos anteriores ao actual, sendo que 42,0% tiveram apenas um parto;
- A maioria dos partos anteriores foi eutócico (76,9%);
- Em relação à existência de episiotomias prévias, verifica-se que em 54,4% das mulheres não foi realizada nenhuma episiotomia antes do parto actual, sendo que 45,6% das puérperas já tinham sido submetidas a esta intervenção;
- A técnica mais utilizada na execução das episiotomias anteriores foi a médio-lateral (98,4%).

4.1.2 - Dados obstétricos actuais

Idade gestacional

A idade gestacional diz respeito ao tempo, medido em semanas ou em dias completos, decorrido desde o primeiro dia da última menstruação da grávida (ou data da última menstruação – DUM) até ao momento actual.

Pela análise dos dados apresentados na tabela 9, podemos verificar que a idade gestacional das puérperas que participaram neste estudo varia entre as 34 e as 41

semanas, ao que corresponde uma média de 38,91 semanas com um desvio-padrão de 1,19 semanas.

Tabela 9 - Estatísticas relativas à idade gestacional

N	Mín	Máx	Média	D.P.
281	34	41	38,91	1,19

Ao procedermos à estratificação da variável, verificamos que a maioria das puérperas tem uma idade gestacional igual ou superior a 37 semanas (95,7%), enquanto que apenas 4,3% têm menos de 37 semanas de gravidez (cf. tabela 10).

Tabela 10 - Classificação das puérperas quanto à idade gestacional

Idade gestacional	N (281)	% (100)
< 37 semanas	12	4,3
≥ 37 semanas	269	95,7

Tipo de anestesia utilizado na episiorrafia

Nos últimos 30 anos, a anestesia obstétrica sofreu uma evolução significativa, acompanhando os avanços científicos da Medicina e trazendo novas concepções sobre a assistência ao parto. Actualmente, existem vários métodos disponíveis para aliviar a dor, dependendo este processo do tipo de analgésico administrado e da técnica prosseguida. Entre os métodos mais utilizados, encontra-se a anestesia epidural, amplamente divulgada em Portugal, especialmente nos grandes centros urbanos. Nos dias de hoje, constitui a técnica mais eficaz para o alívio da dor (BRAZÃO, 2010).

Neste contexto, procurámos saber que tipo de anestesia tinha sido administrado às puérperas que foram sujeitas a episiorrafia. Os resultados expressos na tabela 11 indicam que a anestesia epidural foi utilizada na maioria dos casos (75,5%) e que 3,4% das episiorrafias foram executadas sem qualquer tipo de anestesia.

Tabela 11 - Tipo de anestesia utilizado na episiorrafia

Tipo de anestesia	N (237)	% (100)
Epidural	179	75,5
Loco-regional	48	20,3
Raqui	1	0,4
Sistémica	1	0,4
Sem anestesia	8	3,4

Índice de Massa Corporal

Um método habitualmente usado para avaliar a adequação do peso à altura é o Índice de Massa Corporal (IMC), calculado a partir da fórmula $IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$, no qual o peso é expresso em quilogramas e a altura em metros.

Segundo a OMS, a classificação das categorias de valores do IMC é a seguinte: <18,5 = baixo peso; entre 18,5 e 24,9 = peso normal; entre 25,0 e 29,9 = excesso de peso; e > 30,00 = obesidade (PORTUGAL, 2005).

Pela análise dos dados apresentados na tabela 12, constatamos que o IMC das puérperas que constituem a nossa amostra varia entre 15,94 e 41,79, sendo a média de 24,09 e o desvio-padrão de 4,35.

Tabela 12 - Estatísticas relativas ao IMC

Variáveis	Mín	Máx	Média	D.P.
Peso	41	110	63,94	11,96
Altura	1,43	1,83	1,63	0,06
IMC	15,94	41,79	24,09	4,35

Com base nestes resultados, procedemos à classificação das puérperas em quatro categorias: Baixo peso, Peso normal, Excesso de peso e Obesidade, tendo verificado que a maioria tem peso normal (63,7%), 22,8% têm excesso de peso, 10% são obesas e 3,6% apresentam baixo peso (cf. tabela 13).

Tabela 13 - Classificação das puérperas segundo o IMC

IMC	N (281)	% (100)
Baixo peso	10	3,6
Peso normal	179	63,7
Excesso de peso	64	22,8
Obesidade	28	10,0

Ganho ponderal (aumento de peso durante a gravidez)

Na mulher saudável, cuja gravidez decorra sem complicações, o ganho ponderal expresso em proporção do peso anterior à gestação deverá situar-se entre os 17% e os 20%. Os riscos fetais e maternos são maiores quando o ganho ponderal é muito baixo ou muito elevado (MACHADO, 2010 a).

As recomendações actuais do *Institute of Medicine* (IOM) sobre o aumento de peso durante a gestação são de cerca de 12,70 kg para as mulheres de baixo peso, de 11,34 kg a 15,88 kg para as de peso normal, de 6,80 kg a 11,34 kg para as que tenham excesso de peso e de 4,99 kg a 9,10 kg para as mulheres com obesidade (inclui todas as classes).

Face a estes factos, procurámos saber qual tinha sido o aumento de peso durante a gravidez das puérperas em estudo. Os resultados apresentados na tabela 14 revelam que, em média, o ganho ponderal foi de 11,72 kg, tendo-se registado um mínimo de -10,0 kg e um máximo de 30,0 kg, com um desvio-padrão de 4,81 kg.

Tabela 14 - Estatísticas relativas ao ganho ponderal

N	Mín	Máx	Média	D.P.
281	-10,00	30,00	11,72	4,81

Na sequência dos resultados obtidos, procedemos à classificação das puérperas da nossa amostra em três categorias, em função do aumento de peso durante a gravidez. Pela análise dos resultados apresentados na tabela 15, verificamos que 43,1% das mulheres apresentam um ganho ponderal dentro do peso recomendado, enquanto que 29,2% das puérperas revelam um aumento de peso inferior ao recomendado e 27,8% superior a esse peso.

Tabela 15 - Classificação das puérperas segundo o ganho ponderal

Ganho ponderal	N (281)	% (100)
Inferior ao peso recomendado	82	29,2
Peso recomendado	121	43,1
Superior ao peso recomendado	78	27,8

Peso do recém-nascido

Os recém-nascidos com um peso, à nascença, inferior a 2500 g são classificados como recém-nascidos de baixo peso ao nascer (RNBP), aumentando o seu risco de morbilidade e mortalidade (PERRY, 2008). Já os recém-nascidos com peso igual ou superior a 4000 g são designados de macrossómicos (GRAÇA, 2010 b). O excessivo tamanho do feto contribui para o aumento dos traumatismos do parto, principalmente os resultantes da distócia de ombros, uma das complicações do parto mais frequentes nos fetos macrossómicos.

Deste modo, pretendemos saber o peso dos recém-nascidos, à nascença, das puérperas participantes neste estudo. Os resultados apresentados na tabela 16 mostram

que o peso dos recém-nascidos varia entre 1970 g e 4600 g, ao que corresponde uma média de 3248,82 g com um desvio-padrão de 412,83 g.

Tabela 16 - Estatísticas relativas ao peso do recém-nascido

N	Mín	Máx	Média	D.P.
281	1970	4600	3248,82	412,83

Analisando os resultados da tabela 17, notamos que a maioria dos recém-nascidos tem um peso normal (92,9%), 4,6% são macrossómicos e 2,5% são de baixo peso.

Tabela 17 - Classificação dos recém-nascidos segundo o peso à nascença

Peso do recém-nascido	N (281)	% (100)
Baixo peso	7	2,5
Peso normal	261	92,9
Macrossómicos	13	4,6

Em síntese:

- A idade gestacional média das puérperas é de 38,91 semanas;
- O tipo de anestesia mais utilizado foi a epidural (75,5%);
- A média do IMC das puérperas, antes da gravidez, era de 24,09;
- A média do ganho ponderal durante a gravidez foi de 11,72 kg;
- O peso médio dos recém-nascidos, à nascença, foi de 3248,82 g.

4.1.3 - Avaliação da dor perineal

Como referimos anteriormente, a dor perineal como consequência do parto vaginal pode ter repercussões negativas na saúde física e psicológica das mulheres e interferir na realização de actividades diárias básicas como caminhar, sentar-se, deitar-se, urinar ou evacuar.

Para avaliar a intensidade da dor perineal manifestada pelas puérperas da nossa amostra, foi utilizada a Escala Numérica da Dor em três momentos de avaliação, designadamente ao segundo, décimo e 45^o dia após o parto e em quatro situações distintas: em repouso, em movimento, sentadas e a urinar.

Pela análise dos resultados expressos na tabela 18, constatamos que os níveis médios de dor são mais elevados ao segundo dia após o parto e mais baixos ao 45^o dia, em

todas as situações avaliadas. Verificamos ainda que a média mais elevada (3,65 com um desvio-padrão de 2,31) se regista ao segundo dia quando as puérperas estão sentadas.

Tabela 18 - Estatísticas relativas à avaliação da dor

		Mín	Máx	Média	D.P.
Repouso	2º dia	0	8	2,03	1,75
	10º dia	0	6	0,95	1,26
	45º dia	0	0	0	0
Movimento	2º dia	0	8	2,99	2,06
	10º dia	0	7,5	1,59	1,73
	45º dia	0	3	0,01	0,18
Sentadas	2º dia	0	10	3,65	2,31
	10º dia	0	7,5	2,03	1,81
	45º dia	0	2,5	0,03	0,22
Urinar	2º dia	0	10	2,74	2,25
	10º dia	0	10	1,40	1,83
	45º dia	0	2	0,01	0,12

Analisando os resultados da tabela 19, verificamos que foram administrados analgésicos após o parto a 65,5% das puérperas que participaram neste estudo.

Um dos tratamentos não farmacológicos mais utilizados para o alívio da dor perineal após o parto consiste na aplicação de uma bolsa de gelo. Os resultados apresentados na tabela 19 revelam que a maioria das puérperas (87,2%) não recorreu a este método.

Tabela 19 - Métodos para alívio da dor no pós-parto

Variáveis	N (281)	% (100)
Analgésicos		
Não	97	34,5
Sim	184	65,5
Gelo		
Não	245	87,2
Sim	36	12,8

Em síntese:

- O nível de dor mais elevado registou-se ao segundo dia quando as puérperas estavam sentadas (M=3,65);
- Verifica-se que foram administrados analgésicos à maioria das mulheres no pós-parto (65,5%);
- A maioria das puérperas (87,2%) não fez aplicação de gelo após o parto.

4.1.4 - Caracterização do parto actual

Tipo de episiotomia e de laceração espontânea

O traumatismo perineal consiste na lesão dos tecidos da região perineal, podendo ocorrer espontaneamente ou ser induzido cirurgicamente através da realização de episiotomia.

Assim, procurámos recolher informações sobre o tipo de traumatismo perineal ocorrido durante o parto actual das nossas puérperas. No que diz respeito à episiotomia, os resultados expressos na tabela 20 mostram que a maioria das mulheres foi sujeita a este procedimento cirúrgico (61,2%), verificando-se a prevalência do tipo médio-lateral (55,5%). Constatamos também que a maioria das puérperas não teve lacerações espontâneas (66,2%) e nas que tiveram, a maioria foi de primeiro grau (28,5%) (cf. tabela 20).

Tabela 20 - Tipo de episiotomia e de laceração espontânea

Variáveis	N (281)	% (100)
Tipo de episiotomia		
Lateral	9	3,2
Médio-lateral	156	55,5
Mediana	7	2,5
Não fez	109	38,8
Tipo de laceração espontânea		
1º grau	80	28,5
2º grau	15	5,3
Não teve	186	66,2

Tendo em conta a ocorrência ou não de traumatismo perineal bem como a extensão e complexidade das lesões, procedemos ao agrupamento das puérperas em quatro categorias distintas. Com base nos resultados apresentados na tabela 21, verificamos que a maioria das mulheres sofreu episiotomia ou laceração do segundo grau (52,7%), seguindo-se as que tiveram somente laceração do primeiro grau (21,0%). Constatamos também que

15,7% das mulheres não apresentaram qualquer tipo de lesão visível no períneo e que apenas 10,6% das puérperas sofreram simultaneamente episiotomia e lacerações do primeiro ou segundo grau.

Tabela 21 - Caracterização das puérperas quanto ao tipo de traumatismo perineal

Tipo de traumatismo perineal	N (281)	% (100)
Sem traumatismo	44	15,7
Com laceração do 1º grau	59	21,0
Com episiotomia ou laceração do 2º grau	148	52,7
Com episiotomia e laceração do 1º ou 2º grau	30	10,6

Tempo de experiência do profissional que realizou a episiorrafia

Ao analisarmos os resultados da tabela 22, verificamos que o tempo de experiência dos profissionais referente à execução de episiorrafias varia entre 1 mês e 360 meses, ao que corresponde uma média de 68,54 meses (cinco anos e sete meses) com um desvio-padrão 81.66 meses (seis anos e oito meses).

Tabela 22 - Estatísticas relativas ao tempo de experiência do profissional na execução de episiorrafias

Mín	Máx	Média	D.P.
1	360	68,54	81,66

Os resultados apresentados na tabela 23 mostram que 39,2% das episiorrafias foram realizadas por profissionais com mais de quatro anos de experiência, sendo que 35,0% foram realizadas por profissionais com experiência igual ou inferior a um ano.

Tabela 23 - Tempo de experiência do profissional na execução de episiorrafias

Experiência do profissional (em anos)	N (237)	% (100)
≤ 1	83	35,0
>1 ≤ 2	15	6,3
>2 ≤ 3	27	11,4
>3 ≤ 4	19	8,0
> 4	93	39,2

Quantidade de fio utilizado na sutura

Sabendo que o material de sutura utilizado no bloco de partos do hospital onde foi realizado o estudo é o ácido poliglicólico de rápida absorção (Safyl Quick), procurámos recolher informação sobre a quantidade de fio de mucosa e de fio de pele que foi utilizada na reparação perineal das puérperas.

Ao analisarmos os resultados da tabela 24, verificamos que na maior parte das suturas foi utilizado apenas um fio, quer de mucosa (81%) quer de pele (85,2%).

Tabela 24 - Quantidade de fio utilizado na sutura

Fios	N (237)	% (100)
Mucosa		
Um fio	192	81,0
Dois fios	31	13,1
Três fios	1	0,4
Sem fios	13	5,5
Pele		
Um fio	202	85,2
Dois fios	2	0,8
Sem fios	33	14,0

Técnica de sutura utilizada

Pela análise dos resultados apresentados na tabela 25, constatamos que 84,3% das puérperas da nossa amostra foram suturadas.

Tabela 25 - Caracterização das puérperas quanto à realização de suturas

Variáveis	N (281)	% (100)
Sem sutura	44	15,7
Com sutura	237	84,3

Os resultados expressos na tabela 26 mostram que a técnica de sutura mais utilizada para reparação do traumatismo perineal foi a interrompida (52,3%), seguindo-se a contínua transcutânea (31,7%) e, por último, a contínua intradérmica (16,0%). Verificamos também que na maioria dos casos (96,2%) não houve alterações em relação à técnica previamente definida.

Tabela 26 - Técnica de sutura utilizada

Variáveis	N (237)	% (100)
Técnica de sutura		
Interrompida	124	52,3
Contínua transcutânea	75	31,7
Contínua intradérmica	38	16,0
Alteração da técnica de sutura		
Não	228	96,2
Sim	9	3,8

Em síntese:

- Verifica-se que a maioria das mulheres foi submetida a episiotomia (61,2%) e que a técnica mais utilizada foi a médio-lateral (55,5%);
- A maioria das puérperas não teve lacerações espontâneas (66,2%), mas nas que tiveram houve uma prevalência das lacerações de primeiro grau (28,5%);
- A maioria das puérperas (52,7%) sofreu episiotomia ou laceração do 2º grau;
- A maioria das episiorrafias (39,2%) foi realizada por profissionais com mais de quatro anos de experiência;
- Na maior parte das suturas foi usado apenas um fio, quer de mucosa (81%) quer de pele (85,2%);
- Verifica-se que a maioria das puérperas foi suturada (84,3%) e a técnica de sutura mais utilizada foi a interrompida (52,3%), não tendo havido alterações em relação à técnica previamente definida em 96,2% dos casos.

4.2 - ANÁLISE INFERENCIAL

A primeira parte deste capítulo teve como objectivo a caracterização da amostra. Procuraremos, agora, avaliar as relações existentes entre algumas das variáveis independentes e o nível de dor perineal no pós-parto, bem como a relação entre os respectivos momentos de avaliação, nas várias situações consideradas.

Hipótese 1 – As variáveis sócio-demográficas (idade e habilitações literárias) e as variáveis obstétricas (paridade, Índice de Massa Corporal e peso do recém-nascido) têm influência no nível de dor perineal no pós-parto

Relação entre a idade e o nível de dor perineal

Com a finalidade de avaliar a influência da variável **idade** no nível de dor perineal, recorreremos ao Teste de Kruskal-Wallis, cujos resultados, expressos no quadro 1, indicam que são as puérperas mais jovens (idade inferior a 18 anos) e as mais velhas (idade igual ou superior a 35 anos) que apresentam maior ordenação média de dor na generalidade das situações e momentos avaliados, excepto ao 45º dia em movimento e a urinar. No entanto, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em nenhuma das situações e momentos avaliados ($p > 0,05$), pelo que se rejeita a hipótese específica de que a idade tem efeito significativo no nível de dor perineal no pós-parto.

Quadro 1 - Teste de Kruskal-Wallis relacionando o nível de dor perineal com a idade

Idade / Grupos etários		<18 anos	18-34 anos	≥35 anos	χ^2	p
Momentos	Situações	Ord. Média	Ord. Média	Ord. Média		
2º dia	Repouso	153,75	141,53	137,01	0,221	0,895
	Movimento	160,63	139,56	146,83	0,541	0,763
	Sentadas	130,25	140,94	142,31	0,082	0,960
	Urinar	143,75	139,74	147,42	0,342	0,843
10º dia	Repouso	146,50	137,91	156,85	2,441	0,295
	Movimento	172,63	136,21	163,49	5,149	0,076
	Sentadas	163,75	138,43	152,55	1,485	0,476
	Urinar	183,50	138,58	149,95	2,061	0,357
45º dia	Repouso	141,00	141,00	141,00	0,000	1,000
	Movimento	140,50	141,10	140,50	0,206	0,902
	Sentadas	138,50	140,91	141,72	0,143	0,931
	Urinar	140,50	141,10	140,50	0,206	0,902

Relação entre as habilitações literárias e o nível de dor perineal

No que diz respeito à influência da variável **habilitações literárias** no nível de dor perineal, os resultados do Teste de Kruskal-Wallis (cf. quadro 2) mostram que as mulheres pertencentes aos dois grupos de escolaridade mais elevada apresentam maior ordenação média de dor na generalidade das situações e momentos avaliados, excepto ao segundo dia em repouso e ao 45º dia em movimento e a urinar. As mulheres com o ensino superior revelam níveis de dor mais elevados na maioria das situações ao segundo dia (excepto em repouso), o mesmo sucedendo com as puérperas com o ensino secundário em relação ao décimo dia (excepto também em repouso). Contudo, as diferenças encontradas apenas adquirem significância estatística entre os grupos ao décimo dia quando sentadas ($p=0,041$), o que conduz à aceitação parcial da hipótese específica de que as habilitações literárias têm efeito significativo no nível de dor perineal no pós-parto.

Quadro 2 - Teste de Kruskal-Wallis relacionando o nível de dor perineal com as habilitações literárias

Habilitações literárias		Até ao 9º ano	Secundário	Superior	χ^2	p
Momentos	Situações	Ord. Média	Ord. Média	Ord. Média		
2º dia	Repouso	150,55	141,63	131,63	2,629	0,269
	Movimento	134,23	139,89	148,27	1,448	0,485
	Sentadas	130,91	135,77	155,23	4,834	0,089
	Urinar	142,13	131,73	148,76	2,162	0,339
10º dia	Repouso	139,73	138,80	144,26	0,298	0,862
	Movimento	129,97	148,73	143,80	2,816	0,245
	Sentadas	123,57	151,15	147,38	6,413	0,041*
	Urinar	139,98	148,29	135,02	1,453	0,484
45º dia	Repouso	141,00	141,00	141,00	0,000	1,000
	Movimento	142,06	140,50	140,50	2,122	0,346
	Sentadas	138,50	144,52	139,95	5,265	0,072
	Urinar	142,06	140,50	140,50	2,122	0,346

Relação entre a paridade e o nível de dor perineal

Com o intuito de sabermos em que medida a variável **paridade** influencia o nível de dor perineal, realizámos o Teste U de Mann-Whitney (cf. quadro 3). Dos resultados obtidos com a aplicação do referido teste, ressalta que as mulheres sem partos anteriores apresentam postos médios superiores nos níveis de dor perineal na maioria das situações e momentos avaliados, excepto ao décimo dia a urinar e ao 45º dia em movimento, sentadas e a urinar. Todavia, constatamos que apenas existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ao segundo dia quando sentadas ($p=0,001$), o que nos leva a aceitar parcialmente a hipótese específica de que a variável paridade tem efeito significativo no nível de dor perineal no pós-parto.

Quadro 3 – Teste U de Mann-Whitney entre o nível de dor perineal e a paridade

Paridade		Sem partos anteriores	Com partos anteriores	UMW	p
Momentos	Situações	Ord. Média	Ord. Média		
2º dia	Repouso	143,31	139,12	9473,500	0,662
	Movimento	149,08	134,43	8746,500	0,130
	Sentadas	158,93	126,42	7505,500	0,001**
	Urinar	145,82	137,08	9158,000	0,366
10º dia	Repouso	141,34	140,72	9722,000	0,945
	Movimento	141,25	140,80	9734,000	0,962
	Sentadas	147,98	135,32	8885,000	0,186
	Urinar	140,36	141,52	9684,000	0,899
45º dia	Repouso	141,00	141,00	9765,000	1,000
	Movimento	140,50	141,41	9702,000	0,367
	Sentadas	139,61	142,13	9589,500	0,258
	Urinar	140,50	141,41	9702,000	0,367

Relação entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e o nível de dor perineal

Para determinar a influência da variável **Índice de Massa Corporal (IMC)** no nível de dor perineal, utilizámos o Teste de Kruskal-Wallis (cf. quadro 4), cujos resultados indicam que as mulheres com um IMC de baixo peso bem como as que têm excesso de peso são as que tendencialmente revelam maior ordenação média de dor na generalidade das situações e momentos avaliados, com excepção do décimo dia em movimento e a urinar e do 45º dia sentadas e a urinar, em que são as puérperas com obesidade e as de peso normal que apresentam maior ordenação média de dor, respectivamente. Porém, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em nenhuma das situações e momentos avaliados ($p > 0,05$), o que conduz à rejeição da hipótese específica de que o IMC tem efeito significativo no nível de dor perineal no pós-parto.

Quadro 4 - Teste de Kruskal-Wallis relacionando o nível de dor perineal com o IMC

IMC		Baixo peso	Peso normal	Excesso de peso	Obesidade	χ^2	p
Momentos	Situações	Ord. Média	Ord. Média	Ord. Média	Ord. Média		
2º dia	Repouso	167,25	136,46	142,74	156,64	2,750	0,432
	Movimento	177,90	142,11	144,67	112,30	5,806	0,121
	Sentadas	129,65	142,28	145,33	126,95	1,274	0,735
	Urinar	135,75	141,17	146,95	128,20	1,101	0,777
10º dia	Repouso	162,90	135,56	143,44	162,36	4,233	0,237
	Movimento	151,05	135,82	147,90	154,79	2,312	0,510
	Sentadas	170,25	133,48	154,44	147,89	4,946	0,176
	Urinar	159,95	135,66	143,30	163,13	3,868	0,276
45º dia	Repouso	141,00	141,00	141,00	141,00	0,000	1,000
	Movimento	140,50	140,50	142,70	140,50	3,391	0,335
	Sentadas	138,50	141,63	140,71	138,50	0,909	0,823
	Urinar	140,50	141,28	140,50	140,50	9,570	0,930

Relação entre o peso do recém-nascido e o nível de dor perineal

No que concerne à influência da variável **peso do recém-nascido** no nível de dor perineal, os resultados do Teste de Kruskal-Wallis expressos no quadro 5 permitem-nos constatar que as mulheres com recém-nascidos macrossómicos são as que tendencialmente revelam postos médios superiores nos níveis de dor perineal, designadamente ao segundo dia em repouso e em movimento, ao décimo dia sentadas e a urinar e ao 45º dia a urinar, sendo que as mulheres com recém-nascidos de baixo peso apenas apresentam maior ordenação média de dor ao décimo dia em repouso e em movimento. No entanto, as diferenças encontradas só apresentam significância estatística entre os grupos ao 45º dia a urinar ($p < 0,001$), o que nos leva a aceitar parcialmente a hipótese específica de que o peso do recém-nascido tem efeito significativo no nível de dor perineal no pós-parto.

Quadro 5 - Teste de Kruskal-Wallis entre o nível de dor perineal e o peso do recém-nascido

Peso do recém-nascido		Baixo peso	Peso normal	Macrossómico	χ^2	p
Momentos	Situações	Ord. Média	Ord. Média	Ord. Média		
2º dia	Repouso	128,29	140,57	156,50	0,672	0,715
	Movimento	135,00	140,07	162,88	1,031	0,597
	Sentadas	126,14	141,81	132,81	0,396	0,820
	Urinar	120,14	142,67	118,77	1,573	0,455
10º dia	Repouso	173,29	138,57	172,38	3,942	0,138
	Movimento	157,79	139,99	152,27	0,634	0,728
	Sentadas	140,79	139,82	164,85	1,216	0,545
	Urinar	149,36	140,15	153,65	0,470	0,791
45º dia	Repouso	141,00	141,00	141,00	0,000	1,000
	Movimento	140,50	141,04	140,50	0,077	0,962
	Sentadas	138,50	141,19	138,50	0,389	0,823
	Urinar	140,50	140,50	151,31	20,615	0,000***

Hipótese 2 – Existe relação entre o traumatismo perineal e o nível de dor perineal no pós-parto

De modo a sabermos em que medida o **traumatismo perineal** influencia o nível de dor perineal no pós-parto, realizámos o Teste de Kruskal-Wallis (cf. quadro 6), cujos resultados revelam que as mulheres com o traumatismo perineal mais grave (episiotomia e laceração do 1º ou 2º grau) bem como as que sofreram laceração do 1º grau são as que tendencialmente apresentam maior ordenação média de dor na generalidade das situações e momentos avaliados, com excepção do décimo dia quando sentadas e do 45º dia em movimento e sentadas. As mulheres com traumatismo perineal mais grave revelam níveis de dor mais elevados ao segundo dia em todas as situações (excepto a urinar) e ao 45º dia a urinar, o mesmo sucedendo com as mulheres com laceração do 1º grau em relação ao segundo dia a urinar e ao décimo dia (excepto quando sentadas). É de salientar que se verifica o inverso nas puérperas sem traumatismo visível no períneo, as quais apresentam postos médios inferiores nos níveis de dor perineal na maioria das situações, tanto ao segundo como ao décimo dia. Todavia, apenas existem diferenças estatísticas significativas entre os grupos ao segundo dia em movimento e sentadas ($p=0,007$ e $p=0,002$, respectivamente) e ao 45º dia a urinar ($p=0,039$), o que permite a aceitação parcial da hipótese por nós formulada de que o traumatismo perineal tem efeito significativo no nível de dor perineal no pós-parto.

Quadro 6 - Teste de Kruskal-Wallis relacionando o nível de dor perineal com o traumatismo perineal

Traumatismo perineal		Sem traumatismo	Laceração do 1º grau	Episiotomia ou laceração do 2º grau	Episiotomia e laceração do 1º ou 2º grau	χ^2	p
Momentos	Situações	Ord. Média	Ord. Média	Ord. Média	Ord. Média		
2º dia	Repouso	115,17	146,46	144,65	150,13	5,554	0,135
	Movimento	106,66	133,23	150,78	158,42	12,101	0,007**
	Sentadas	102,61	132,96	151,82	159,72	14,787	0,002**
	Urinar	147,70	149,89	134,01	148,18	2,381	0,492
10º dia	Repouso	127,51	152,37	140,51	140,83	2,855	0,415
	Movimento	129,05	149,74	142,70	132,97	2,144	0,543
	Sentadas	115,30	143,46	148,71	135,85	6,114	0,106
	Urinar	142,78	143,39	139,36	141,78	0,152	0,985
45º dia	Repouso	141,00	141,00	140,51	140,83	0,000	1,000
	Movimento	143,69	140,50	142,70	132,97	5,386	0,146
	Sentadas	138,50	138,50	148,71	135,85	2,997	0,392
	Urinar	140,50	140,50	139,36	141,78	8,367	0,039*

Hipótese 3 - A técnica de sutura tem efeito no nível de dor perineal no pós-parto

Quanto ao efeito da **técnica de sutura** no nível de dor perineal no pós-parto, os resultados obtidos com a aplicação do Teste de Kruskal-Wallis indicam que, relativamente ao grupo de mulheres com laceração do 1º grau (cf. quadro 7), as que foram suturadas com a técnica interrompida apresentam uma ordenação média de dor mais elevada na maioria das situações e momentos avaliados (excepto ao segundo dia em repouso e sentadas e ao décimo dia sentadas), verificando-se o inverso nas puérperas suturadas com a técnica contínua transcutânea, as quais revelam menor ordenação média de dor em todas as situações, com excepção do segundo dia em movimento.

Quadro 7 - Relação entre o nível de dor perineal e a técnica de sutura em mulheres com laceração do 1º grau

Laceração do 1º grau		Técnica Interrompida	Técnica Transcutânea	Técnica Intradérmica	χ^2	p
Momentos	Situações	Ord. Média	Ord. Média	Ord. Média		
2º dia	Repouso	30,55	25,84	37,69	2,832	0,243
	Movimento	33,39	26,24	25,38	2,791	0,248
	Sentadas	32,14	23,58	36,69	4,423	0,110
	Urinar	32,00	26,50	30,31	1,247	0,536
10º dia	Repouso	32,39	26,82	28,00	1,549	0,461
	Movimento	32,86	25,89	28,31	2,167	0,338
	Sentadas	31,64	25,16	34,94	2,561	0,278
	Urinar	33,00	24,68	30,63	3,088	0,214
45º dia	Repouso	30,00	30,00	30,00	0,000	1,000
	Movimento	30,00	30,00	30,00	0,000	1,000
	Sentadas	30,00	30,00	30,00	0,000	1,000
	Urinar	30,00	30,00	30,00	0,000	1,000

No que diz respeito ao grupo com episiotomia ou laceração do 2º grau, os resultados apresentados no quadro 8 mostram que as puérperas suturadas com as técnicas contínuas transcutânea e intradérmica são as que tendencialmente revelam postos médios superiores nos níveis de dor perineal na maioria das situações e momentos avaliados, excepto ao décimo dia quando sentadas e a urinar.

Quadro 8 - Relação entre o nível de dor perineal e a técnica de sutura em mulheres com episiotomia ou laceração do 2º grau

Episiotomia ou laceração do 2º grau		Técnica Interrompida	Técnica Transcutânea	Técnica Intradérmica	χ^2	p
Momentos	Situações	Ord. Média	Ord. Média	Ord. Média		
2º dia	Repouso	69,29	79,21	79,85	2,143	0,342
	Movimento	70,13	79,99	76,20	1,621	0,445
	Sentadas	71,65	76,21	78,98	0,701	0,704
	Urinar	73,69	76,10	73,76	0,105	0,949
10º dia	Repouso	72,56	82,92	64,39	4,290	0,117
	Movimento	72,72	77,94	73,02	0,503	0,778
	Sentadas	75,51	74,74	71,35	0,194	0,908
	Urinar	80,49	69,44	67,72	3,109	0,211
45º dia	Repouso	74,50	74,50	74,50	0,000	1,000
	Movimento	74,50	74,50	74,50	0,000	1,000
	Sentadas	74,54	74,04	75,22	0,169	0,919
	Urinar	74,50	74,50	74,50	0,000	1,000

Quanto ao grupo de mulheres com episiotomia e laceração do 1º ou 2º grau (cf. quadro 9), os resultados revelam que as que foram suturadas com a técnica contínua

intradérmica apresentam maior ordenação média de dor na maioria das situações e momentos avaliados, excepto ao segundo dia em repouso e ao 45º dia sentadas e a urinar.

Quadro 9 - Relação entre o nível de dor perineal e a técnica de sutura em mulheres com episiotomia e laceração do 1º ou 2º grau

Episiotomia e laceração do 1º ou 2º grau		Técnica Interrompida	Técnica Transcutânea	Técnica Intradérmica	χ^2	P
Momentos	Situações	Ord. Média	Ord. Média	Ord. Média		
2º dia	Repouso	15,45	16,89	12,67	2,832	0,243
	Movimento	14,80	16,71	17,33	2,791	0,248
	Sentadas	14,73	14,14	23,83	3,088	0,214
	Urinar	14,45	14,64	24,50	3,543	0,170
10º dia	Repouso	15,58	12,21	22,67	1,549	0,461
	Movimento	14,93	12,21	27,00	2,167	0,338
	Sentadas	13,68	17,07	24,00	4,048	0,132
	Urinar	13,53	17,07	25,00	5,317	0,700
45º dia	Repouso	15,50	15,50	15,50	0,000	1,000
	Movimento	15,50	15,50	15,50	0,000	1,000
	Sentadas	15,75	15,00	15,00	0,500	0,779
	Urinar	15,75	15,00	15,00	0,500	0,799

No entanto, não se verificam diferenças estatisticamente significativas em nenhum dos três grupos de traumatismo perineal, em nenhuma das situações e momentos avaliados ($p > 0,05$), pelo que se rejeita a hipótese de que a técnica de sutura tem efeito significativo no nível de dor perineal no pós-parto.

Hipótese 4 - Existe relação entre os momentos de avaliação (2º, 10º e 45º dia) no nível de dor perineal

Para avaliar a variação do nível de dor perineal entre os **momentos de avaliação** (2º, 10º e 45º dia), utilizámos o Teste de Friedman, visto tratar-se de uma situação de análise emparelhada. Os resultados apresentados no quadro 10 demonstram que, em todas as situações avaliadas, a ordenação média de dor é mais elevada no segundo dia após o parto, decrescendo progressivamente no décimo e 45º dia. Assim, constatamos a existência de diferenças estatísticas altamente significativas em todas as situações ($p < 0,001$), o que nos leva a aceitar a hipótese por nós formulada de que existe relação significativa entre os momentos de avaliação no nível de dor perineal no pós-parto.

Quadro 10 - Teste de Friedman relacionando o nível de dor perineal entre os momentos de avaliação

Momentos	2º Dia	10º Dia	45º Dia	Friedman	p
Situações	Ord. Média	Ord. Média	Ord. Média		
Repouso	2,63	1,97	1,40	321,90	0,000***
Movimento	2,70	2,03	1,27	363,42	0,000***
Sentadas	2,70	2,10	1,19	395,53	0,000***
Urinar	2,65	2,01	1,34	333,90	0,000***

5 - DISCUSSÃO

Neste capítulo, procuraremos interpretar e discutir os resultados obtidos, salientando os mais significativos e confrontando-os com o quadro teórico de referência.

Teceremos ainda algumas considerações sobre a metodologia utilizada e as limitações do estudo, bem como as implicações que os resultados obtidos poderão ter no desenvolvimento de práticas mais eficazes que contribuam para a redução da dor perineal no pós-parto e, conseqüentemente, para a melhoria da saúde e bem-estar das puérperas.

5.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Desde o início da conceptualização deste estudo que uma das nossas maiores preocupações foi a de desenvolver um trabalho científico pautado pelo rigor metodológico.

Deste modo, na selecção do instrumento de recolha de dados, e tendo em conta os objectivos e as características do estudo, optámos pela utilização do questionário, por ser considerado um método eficaz de colher informação e simples de ministrar.

O facto de o questionário dirigido às puérperas ter sido aplicado apenas pelo autor deste trabalho, foi um aspecto que julgamos ter contribuído para a fiabilidade dos resultados.

Para avaliar a generalidade das variáveis, utilizámos instrumentos de reconhecida fiabilidade.

Uma das limitações do trabalho prende-se com o facto de o mesmo apresentar características de um estudo transversal, descritivo e analítico, carecendo, assim, de controlo experimental das variáveis independentes (POLIT; HUNGLER, 2004).

Uma outra limitação deste trabalho está relacionada com o tamanho da amostra (N<30) de alguns grupos formados para o estudo de algumas variáveis independentes.

Importa também referir que se registaram nove casos de alteração às técnicas de sutura indicadas para reparação perineal e que o autor deste estudo não teve possibilidade

de supervisionar a maior parte das episiorrafias efectuadas, no sentido de verificar se as mesmas estavam a ser executadas de acordo com o estabelecido. Acresce ainda que, para além da discrepância, em termos de experiência profissional, entre os vários profissionais intervenientes, não foi realizada, por falta de tempo, qualquer formação prévia de modo a assegurar a uniformização de procedimentos, o que pode ter provocado variações na execução das referidas técnicas.

5.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Sendo o nível de dor perineal no pós-parto a principal variável em estudo, optámos por previamente proceder ao seu enquadramento, de modo a melhor compreender e discutir a sua relação com as variáveis independentes analisadas bem como a sua variação relativamente aos momentos de avaliação, nas várias situações consideradas.

Segundo Glazener e MacArthur (2001), a dor perineal como consequência do parto vaginal constitui uma das complicações predominantes no puerpério, afectando a maioria das mulheres no período imediatamente a seguir ao parto (KETTLE et al., 2002), sendo que muitas delas ainda sentem dor no pós-parto imediato (até ao 10º dia) e para algumas a dor pode persistir para além deste período (THAKAR; SULTAN, 2009).

A dor perineal vivenciada no puerpério pode ter sérias implicações na saúde física e psicológica da mulher, afectando a sua capacidade para cumprir as tarefas relacionadas com o exercício da maternidade e interferindo na realização de actividades diárias como caminhar, sentar-se, deitar-se ou urinar (KETTLE et al., 2002).

São vários os factores que podem estar associados à presença da dor perineal no pós-parto, designadamente a idade materna, o nível de escolaridade e a paridade, entre outros (LEEMAN et al., 2009; FRANCISCO et al., 2011). Contudo, uma das maiores causas de dor perineal após o parto vaginal é o traumatismo perineal, decorrente de lacerações espontâneas, da realização de episiotomia ou ambas (ALBERS et al., 1999).

O traumatismo perineal afecta milhões de mulheres em todo o mundo, sendo que a maioria delas necessita de sutura. Segundo Kettle et al. (2002), se as suturas forem feitas de uma forma inadequada, as mulheres poderão sentir dor continuamente, o que tem sido descrito como muito pior do que a dor do próprio parto. Assim, a técnica utilizada para reparação das lesões perineais pode ter uma grande influência na morbidade materna, pelo

que os profissionais devem adoptar as melhores práticas, baseadas em evidência científica, de modo a reduzir a dor perineal e outras complicações que afectam tantas mulheres no período pós-parto (KETTLE; HILLS; ISMAIL, 2009).

Seguidamente, serão apresentadas e discutidas as relações evidenciadas pelos resultados da investigação, procurando-se demonstrar em que medida esses resultados e interpretações concordam ou diferem de trabalhos previamente publicados.

Começamos por apresentar alguns resultados referentes à caracterização da amostra, de modo a conhecê-la melhor, para de seguida procedermos ao confronto de alguns dados obtidos.

No que se refere à idade, verificámos que a mesma oscilou entre os 16 e os 43 anos, com uma média de 30,09 anos, sendo o grupo etário mais representativo o das puérperas com idades compreendidas entre os 18 e os 34 anos.

Para sabermos em que medida a idade influenciava o nível de dor perineal no pós-parto, utilizámos o teste de Kruskal-Wallis, cujos resultados mostraram que foram as puérperas mais jovens (com idade inferior a 18 anos) e as mais velhas (com idade igual ou superior a 35 anos) que apresentaram maior ordenação média de dor na generalidade das situações e momentos avaliados, excepto ao 45º dia em movimento e a urinar. No entanto, não encontrámos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, em consonância com os resultados da pesquisa de Watanatitan, Armartasn e Manusirivithaya (2009), mas contrariamente ao observado no estudo de Francisco et al. (2010), cujos resultados mostraram uma relação estatisticamente significativa entre a dor perineal no período do pós-parto imediato e a idade materna, sendo as mulheres mais velhas as mais afectadas pela dor perineal.

Quanto às habilitações literárias, constatámos que a maioria das mulheres da nossa amostra tinha um nível de escolaridade igual ou superior a 12 anos, sendo que 34,9% possuíam o ensino superior e 33,1% o ensino secundário.

Para estudarmos a relação entre as habilitações literárias das puérperas e o nível de dor perineal no pós-parto, aplicámos o teste de Kruskal-Wallis, cujos resultados revelaram que as mulheres pertencentes aos dois grupos de escolaridade mais elevada apresentaram maior ordenação média de dor na generalidade das situações e momentos avaliados, excepto ao segundo dia em repouso e ao 45º dia em movimento e a urinar. As mulheres com o ensino superior referiram níveis de dor mais elevados na maioria das situações ao

segundo dia (excepto em repouso), o mesmo sucedendo com as puérperas com o ensino secundário em relação ao décimo dia (excepto também em repouso). As diferenças entre os grupos apresentaram significância estatística apenas ao décimo dia quando sentadas, sendo as mulheres com o ensino secundário as que tiveram mais dor nesta avaliação. Estes resultados vão ao encontro dos do estudo realizado por Leeman et al. (2009), os quais mostraram uma relação significativa entre a dor perineal e o nível de escolaridade materno mais elevado no período do pós-parto imediato, sendo que não se verificaram diferenças significativas às seis semanas e aos três meses após o parto.

No que diz respeito à paridade, verificámos que a maioria das puérperas da nossa amostra teve partos anteriores (55,2%), sendo que 44,8% não tiveram nenhum parto anterior ao actual.

Procurando saber em que medida a paridade influenciava o nível de dor perineal, realizámos o teste U de Mann-Whitney que revelou que as mulheres sem partos anteriores apresentaram níveis de dor mais elevados na generalidade das situações e momentos avaliados, excepto ao décimo dia a urinar e ao 45º dia em movimento, sentadas e a urinar. As diferenças encontradas mostraram-se estatisticamente significativas apenas ao segundo dia quando sentadas, sendo as mulheres sem partos anteriores as que referiram mais dor nesta avaliação. Os nossos resultados corroboram os de Leeman et al. (2009), os quais evidenciaram uma relação significativa entre a dor perineal e a nuliparidade no período do pós-parto imediato, sendo, no entanto, contrários aos do estudo de Francisco et al. (2010) em que não foi encontrada relação significativa entre as duas variáveis.

Relativamente ao Índice de Massa Corporal (IMC), os dados do nosso estudo revelaram que a maioria das nossas puérperas tinha um peso normal antes da gravidez (63,7%), embora uma percentagem significativa apresentasse excesso de peso (22,8%).

Para determinar a influência do IMC no nível de dor perineal no pós-parto, recorremos ao teste de Kruskal-Wallis. Os resultados obtidos mostraram que as mulheres com um IMC de baixo peso bem como as que tinham excesso de peso foram as que apresentaram níveis de dor mais elevados na generalidade das situações e momentos avaliados, em oposição com as puérperas com obesidade e com as que tinham peso normal, as quais apenas revelaram maior ordenação média de dor ao décimo dia em movimento e a urinar e ao 45º dia sentadas e a urinar, respectivamente. Porém, não encontrámos diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, em consonância com os resultados de outros investigadores (WATANATITAN; ARMARTTASN; MANUSIVIRITHAYA, 2009; LEEMAN et al., 2009).

Quanto ao peso do recém-nascido, verificámos que o mesmo variou entre 1970 g e 4600 g, com uma média de 3248,82 g, sendo que a grande maioria dos recém-nascidos nasceu com um peso normal (92,9%).

Os resultados do teste de Kruskal-Wallis, efectuado para estudarmos a relação entre o peso do recém-nascido e o nível de dor perineal no pós-parto, permitiram-nos constatar que as mulheres com recém-nascidos macrossómicos foram as que tendencialmente apresentaram postos médios superiores nos níveis de dor perineal, designadamente ao segundo dia em repouso e em movimento, ao décimo dia sentadas e a urinar e ao 45º dia a urinar, sendo que as mulheres com recém-nascidos de baixo peso apenas revelaram maior ordenação média de dor ao décimo dia em repouso e em movimento. As diferenças entre os grupos só apresentaram significância estatística ao 45º dia a urinar, sendo as puérperas com recém-nascidos macrossómicos as que referiram mais dor nesta avaliação. Os resultados por nós obtidos são idênticos aos de Watanatitan, Armarttasn e Manusirivithaya (2009) e de Francisco et al. (2010) no que diz respeito aos resultados obtidos no período do pós-parto imediato, uma vez que estes autores também não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. No entanto, não nos é possível fazer o confronto dos nossos resultados relativamente ao 45º dia, na medida em que nenhum dos estudos por nós consultados avaliou a relação entre ambas as variáveis no período do pós-parto tardio.

Relativamente ao traumatismo perineal, constatámos que este afectou 84,3% das puérperas da nossa amostra, o que corrobora os resultados dos estudos de Albers et al. (1999), MacArthur e MacArthur (2004) e Andrews et al. (2008), nos quais se verificou que a maioria das mulheres sofreu algum tipo de traumatismo perineal decorrente do parto vaginal.

Os dados do nosso estudo revelaram que das mulheres que sofreram traumatismo perineal, 61,2% foram submetidas a episiotomia, o que constitui uma percentagem bastante elevada, tendo em conta que, à luz do conhecimento actual, os riscos associados ao uso da episiotomia são significativos, designadamente dor perineal, lacerações do esfíncter anal, complicações intestinais, deiscência da sutura, edema e hematoma, entre outros (LOWENSTEIN et al., 2005; VISWANATHAN et al., 2005; ANDREWS et al., 2008; DECLERQ et al., 2008), pelo que se tem vindo a recomendar a utilização selectiva desta prática (BORGES; SERRANO; PEREIRA, 2003; CARNIDE et al., 2011). Os nossos resultados reflectem, pois, uma incidência elevada deste procedimento cirúrgico, confirmando o referido por Graham et al. (2005) numa pesquisa efectuada sobre as taxas de episiotomia em todo o mundo, quando concluem que estas são muito elevadas na maioria

dos países, o que contraria as recomendações de muitos autores que defendem que a episiotomia devia ser realizada em apenas 10% a 15% dos partos (CARNIDE et al., 2011).

Para estudarmos a relação entre o traumatismo perineal e o nível de dor perineal no pós-parto, realizámos o teste de Kruskal-Wallis, cujos resultados mostraram que as mulheres com traumatismo perineal mais grave (episiotomia e laceração do 1º ou 2º grau) bem como as que sofreram lacerações do 1º grau foram as que tendencialmente apresentaram maior ordenação média de dor na generalidade das situações e momentos avaliados, com excepção do décimo dia quando sentadas e do 45º dia em movimento e sentadas. As mulheres com traumatismo perineal mais grave revelaram níveis de dor mais elevados ao segundo dia em todas as situações (excepto a urinar) e ao 45º dia a urinar, o mesmo sucedendo com as mulheres com laceração do 1º grau em relação ao segundo dia a urinar e ao décimo dia (excepto quando sentadas). É de salientar que se verificou o inverso nas puérperas sem traumatismo visível no períneo, as quais referiram níveis de dor mais baixos na maioria das situações, em particular ao segundo e ao décimo dia. As diferenças entre os grupos foram estatisticamente significativas ao segundo dia em movimento e sentadas e ao 45º dia a urinar, sendo as mulheres com traumatismo perineal mais grave as que apresentaram níveis de dor mais elevados nestas avaliações. Estes resultados estão em consonância com os dos estudos de Albers et al. (1999), MacArthur e MacArthur (2004) (no que diz respeito ao pós-parto imediato) e Andrews et al. (2008), quando referem que embora a dor perineal tenha estado presente em mulheres sem lesão visível no períneo, afectou mais as que sofreram algum tipo de traumatismo perineal, sendo que foram as puérperas com traumatismo perineal mais grave as que referiram mais dor. De facto, e de acordo com o referido na literatura, existe uma relação directa entre a extensão e complexidade das lesões perineais ocorridas durante o parto vaginal e a dor subsequente, sendo esta tanto maior quanto mais grave for o traumatismo perineal (ALBERS; BORDERS, 2007). No entanto, no nosso estudo verificou-se que, ao décimo dia após o parto, embora sem diferenças significativas entre os grupos, foram as mulheres com laceração do 1º grau as que tendencialmente apresentaram maior ordenação média de dor na maioria das situações, o que difere das pesquisas anteriormente mencionadas. Uma explicação possível para esta divergência de resultados pode prender-se com o facto de a totalidade das nossas puérperas com laceração do 1º grau ter sido suturada, o que não sucedeu nos referidos estudos.

No que se refere à técnica de sutura, verificámos que todas as puérperas que sofreram traumatismo perineal foram suturadas (84,3%). Esta percentagem é bastante

elevada, tendo em conta que, de acordo com a literatura, apenas 60% a 70% das mulheres necessitam de sutura (KETTLE; HILLS; ISMAIL, 2009).

Constatámos também que a técnica mais utilizada na sutura do traumatismo perineal das nossas puérperas foi a interrompida (52,3%). Estes resultados reforçam a opinião de Kettle, Hills e Ismail (2009) pois segundo estes autores a razão pela qual o profissional escolhe um determinado método para reparação do traumatismo perineal parece depender da forma como aprendeu a suturar pela primeira vez e não de evidências clínicas robustas, sendo prática corrente ensinar-se a suturar com a técnica interrompida pois é considerada mais fácil de aprender e mais simples de executar, causando menos problemas a quem tem pouca experiência.

Em relação aos grupos constituídos segundo a extensão e complexidade do traumatismo perineal, observámos que 52,7% das mulheres sofreram episiotomia ou laceração do 2º grau, 21% tiveram laceração do 1º grau e em 10,6% verificou-se a ocorrência simultânea de episiotomia e laceração do 1º ou 2º grau.

Procurando saber qual o efeito da técnica de sutura no nível de dor perineal, utilizámos o teste Kruskal-Wallis para cada um dos três grupos. Relativamente ao grupo de mulheres *com laceração do 1º grau*, os resultados do referido teste mostraram que as que foram suturadas com a técnica interrompida apresentaram maior ordenação média de dor na maioria das situações e momentos avaliados (excepto ao segundo dia em repouso e sentadas e ao décimo dia sentadas), observando-se o inverso nas puérperas suturadas com a técnica contínua transcutânea, as quais revelaram menor ordenação média de dor em todas as situações, com excepção do segundo dia em movimento. Porém, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em nenhuma das situações e momentos avaliados. Estes resultados não são passíveis de confronto, na medida em que não encontramos nenhum estudo realizado em mulheres com laceração do 1º grau, provavelmente devido ao facto de, nos países onde se desenvolve a maior parte da pesquisa dedicada a esta temática, ser prática cada vez mais frequente não suturar este tipo de traumatismo perineal (CHAPMAN, 2009).

Quanto ao grupo de mulheres *com episiotomia ou laceração do 2º grau*, os resultados do teste utilizado revelaram que as puérperas suturadas com as técnicas contínuas (transcutânea e intradérmica) foram as que tendencialmente apresentaram níveis de dor mais elevados na maioria das situações e momentos avaliados, excepto ao décimo dia quando sentadas e a urinar. Não se verificaram, contudo, diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em nenhuma das situações e momentos de avaliação. Estes

resultados diferem dos de outras investigações realizadas anteriormente. O estudo de Kettle et al. (2002), realizado no Reino Unido em 1542 mulheres, revelou que as mulheres suturadas com a técnica contínua referiram menos dor do que as que foram suturadas com o método interrompido, sendo significativas as diferenças entre os grupos. De facto, os resultados mostraram que a sutura contínua reduziu a dor perineal em uma entre cada seis mulheres, no décimo dia após o parto. Os benefícios dessa técnica foram também evidenciados noutros períodos do puerpério (no segundo dia e aos três e 12 meses após o parto), designadamente em relação à dor perineal associada às actividades diárias das puérperas como caminhar, sentar-se, urinar e evacuar. Estes resultados são semelhantes aos obtidos por Morano et al. (2006) e aos da revisão sistemática de vários estudos efectuados ao longo de quase duas décadas, abrangendo 3822 mulheres de quatro países, realizada por Kettle, Hills e Ismail (2009). Também o ensaio clínico efectuado por Almeida e Riesco (2008) mostrou que a técnica contínua esteve associada a uma menor incidência da dor perineal, tanto ao quarto dia como ao 41º dia após o parto, nas seguintes situações: à palpação do períneo, ao sentar, andar e urinar. Embora as diferenças entre os grupos só tenham sido significativas no quarto dia à palpação do períneo, a dor perineal foi menos frequente nas puérperas suturadas com a técnica contínua em todas as situações referidas e em ambos os momentos de avaliação, contrariamente ao observado no nosso estudo.

Apesar de as pesquisas reportarem benefícios no que diz respeito ao decréscimo da dor perineal das mulheres suturadas com a técnica contínua, muitos profissionais admitem sentir algumas dificuldades na realização desta técnica, principalmente nas primeiras vezes que a executam (FLEMING, 1990). Conforme referimos anteriormente, na nossa pesquisa, para além de não ter sido possível fazer formação em tempo útil aos profissionais intervenientes, muitas episiorrafias foram realizadas por profissionais com pouco tempo de experiência, o que pode ter tido influência na execução das técnicas, em particular nas de sutura contínua, bem como no facto de a técnica interrompida ter sido a mais utilizada na reparação perineal das nossas puérperas. Este aspecto, que pode constituir um viés, foi apontado por um estudo, ao qual já fizemos referência (KETTLE; HILLS; ISMAIL, 2009), sugerindo que a técnica de sutura interrompida é mais comumente ensinada e mais fácil de realizar por profissionais inexperientes.

No entanto, os nossos resultados são semelhantes aos de Kindberg et al. (2007), que mostraram não haver diferenças significativas entre as técnicas de sutura em relação à dor perineal, quer no pós-parto imediato quer após este período. Também na pesquisa realizada por Valenzuela et al. (2008), não foram encontradas diferenças significativas entre as técnicas de sutura na dor perineal referida pelas puérperas, tanto ao segundo e ao

décimo dia como aos três meses após o parto, em nenhuma das situações avaliadas: em repouso, em movimento, sentadas, a urinar e a evacuar.

Por último, e no que se refere ao grupo de mulheres *com episiotomia e laceração do 1º ou 2º grau*, a análise dos resultados obtidos com a aplicação do teste anteriormente referido permitiu-nos constatar que as puérperas que foram suturadas com a técnica contínua intradérmica apresentaram maior ordenação média de dor na maioria das situações e momentos avaliados, excepto ao segundo dia em repouso e ao 45º dia sentadas e a urinar. Todavia, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em nenhuma das situações e momentos avaliados. Estes resultados são idênticos aos do estudo realizado por Watanatitan, Armarttasn e Manusirivithaya (2009) em mulheres com episiotomia e lacerações espontâneas, os quais revelaram a inexistência de diferenças significativas entre as técnicas de sutura em relação à dor perineal.

Quanto aos momentos de avaliação do nível de dor perineal nas várias situações consideradas, constatámos que os níveis médios de dor foram mais elevados ao segundo dia após o parto e mais baixos ao 45º dia, em todas as situações avaliadas. Verificámos ainda que, na generalidade, os níveis médios de dor das nossas puérperas foram relativamente baixos, sendo que a média mais elevada foi de 3,65 com um desvio-padrão de 2,31 (ao segundo dia quando sentadas).

Para estudarmos a relação entre os momentos de avaliação (2º, 10º e 45º dia) no nível de dor perineal, aplicámos o teste de Friedman, cujos resultados revelaram que em todas as situações avaliadas a ordenação média de dor foi maior no segundo dia após o parto, tendo decrescido progressivamente no décimo e no 45º dia. As diferenças encontradas foram altamente significativas em todas as situações. Estes resultados corroboram os dos estudos de Albers et al. (1999), Kettle et al. (2002) MacArthur e MacArthur (2004), Morano et al. (2006), Andrews et al. (2008) e Almeida e Riesco (2008), nos quais se verificou que a dor perineal foi mais frequente e intensa no primeiro momento de avaliação do pós-parto imediato, diminuindo progressiva e acentuadamente nos momentos de avaliação subsequentes.

Consideramos que os resultados obtidos constituem um contributo para a compreensão de alguns factores associados à dor perineal no pós-parto. Importa referir que, dada a falta de estudos nacionais sobre o tema e a escassez de estudos internacionais sobre alguns dos factores estudados na nossa investigação, estes resultados poderão contribuir para produzir conhecimento sobre esta temática.

6 - CONCLUSÕES/SUGESTÕES

A dor perineal como consequência do parto vaginal constitui um dos problemas mais frequentes no puerpério, podendo afectar gravemente a qualidade de vida das mulheres. No entanto, esta problemática não tem merecido a devida atenção por parte dos investigadores no nosso país nem da generalidade dos profissionais que com ela lidam diariamente no exercício da sua profissão.

Assim, propusemo-nos com este trabalho avaliar a dor perineal no pós-parto em mulheres com partos eutócicos, procurando identificar alguns factores que a pudessem influenciar.

Neste capítulo, procuraremos dar conta de algumas conclusões a que nos foi possível chegar com este estudo, reconhecendo que muitas questões continuam em aberto, a suscitar novas pesquisas que permitam alcançar mais conhecimento.

Com o objectivo de melhor compreender os factores que influenciam a dor perineal no pós-parto, estudámos algumas variáveis sócio-demográficas e obstétricas bem como as variáveis traumatismo perineal e técnicas de sutura, por se admitir que as mesmas estão associadas à variável dependente em estudo.

Procurámos, deste modo, responder às questões que inicialmente formulámos:

- Em que medida é que factores como a idade, habilitações literárias, paridade, IMC e peso do recém-nascido influenciam o nível de dor perineal no pós-parto?
- Que relação existe entre o traumatismo perineal e o nível de dor perineal no pós-parto?
- Qual o efeito que a técnica de sutura tem no nível de dor perineal no pós-parto?
- Que relação existe entre os momentos de avaliação (2º, 10º e 45º dia) no nível de dor perineal?

Para responder a estas questões, formularam-se as hipóteses, nas quais se previa que:

- As variáveis sócio-demográficas (idade e habilitações literárias) e as variáveis obstétricas (paridade, IMC e peso do recém-nascido) têm influência no nível de dor perineal no pós-parto.

- Existe relação entre o traumatismo perineal e o nível de dor perineal no pós-parto.
- A técnica de sutura tem efeito no nível de dor perineal no pós-parto.
- Existe relação entre os momentos de avaliação (2º, 10º e 45º dia) no nível de dor perineal.

Tomando em consideração a ordem das questões do presente trabalho, os resultados do mesmo indicam que, no que diz respeito à primeira questão, as variáveis idade e Índice de Massa Corporal não estiveram associadas ao nível de dor perineal no pós-parto. Já as habilitações literárias influenciaram o nível de dor perineal no décimo dia após o parto quando as puérperas estavam sentadas. As mulheres com escolaridade mais elevada foram as que tendencialmente apresentaram mais dor na generalidade das situações e momentos avaliados, sendo as puérperas com o ensino secundário as que referiram mais dor nesta avaliação. Também a paridade esteve associada ao nível de dor perineal das puérperas no segundo dia após o parto quando estas estavam sentadas. Nesta avaliação, foram as mulheres sem partos anteriores que referiram sentir mais dor, tendo-se verificado o mesmo em relação à maioria das situações e momentos avaliados. O peso do recém-nascido teve influência no nível de dor perineal no 45º dia após o parto quando as puérperas se encontravam a urinar, sendo as mulheres com recém-nascidos macrossómicos as que tendencialmente tiveram mais dor no conjunto das situações e momentos, incluindo nesta avaliação.

Relativamente à segunda questão, verificou-se que o traumatismo perineal esteve associado ao nível de dor perineal no segundo dia após o parto quando as mulheres se encontravam em movimento e sentadas e também no 45º dia quando estavam a urinar. A dor perineal afectou as mulheres sem traumatismo visível no períneo, mas foram as puérperas com traumatismo perineal mais grave (episiotomia e laceração do 1º ou 2º grau) bem como as que sofreram lacerações do 1º grau que tendencialmente apresentaram mais dor na generalidade das situações e momentos avaliados, sendo que as que tiveram traumatismo perineal mais grave referiram mais dor nestas três avaliações.

Em relação à terceira questão, constatámos que a técnica de sutura não produziu efeito no nível de dor perineal no pós-parto.

No que concerne à última questão, verificou-se a existência de uma relação significativa entre os momentos de avaliação (2º, 10º e 45º dia) no nível de dor perineal em todas as situações consideradas, sendo que a dor foi mais elevada no segundo dia após o parto, diminuindo gradualmente nos subsequentes momentos de avaliação.

Uma importante questão, colocada no âmbito da investigação, prende-se com a relevância futura dos resultados encontrados. Assim, pretendeu-se com este trabalho contribuir para a reflexão sobre alguns dos factores associados à dor perineal no pós-parto, numa lógica de produção de conhecimento, visando a redução da dor perineal no pós-parto e, conseqüentemente, a promoção da saúde e do bem-estar das puérperas.

Neste sentido, é da maior importância que em Portugal os investigadores realizem pesquisas científicas sobre esta temática, de modo a produzir o conhecimento necessário que permita a implementação de programas eficazes de intervenção por parte das entidades competentes, junto dos profissionais de saúde.

Para além de uma formação básica adequada, é fundamental que os profissionais recebam formação contínua actualizada, tendo em vista a implementação de práticas efectivas que possam reduzir a morbilidade materna no puerpério, em particular a dor perineal, contribuindo para a melhoria da saúde física e psicológica das mulheres.

Uma vez que a maioria das mulheres com partos vaginais necessita de reparação do traumatismo perineal, é essencial que a formação incida nesta área, de modo a que os profissionais utilizem a técnica de sutura mais apropriada, não por ser a mais fácil ou a que estão habituados a executar, mas com base em evidências científicas robustas.

Nesta fase final do estudo, importa ainda salientar algumas dificuldades e limitações com as quais nos confrontámos ao longo do trabalho.

Ao efectuarmos a revisão da literatura, que procurou ser o mais actual possível, deparámo-nos sobretudo com a falta de estudos nacionais sobre esta temática, mas também com a escassez de publicações internacionais sobre alguns aspectos relacionados com a mesma, o que dificultou o suporte e discussão de alguns resultados obtidos.

O tamanho reduzido da amostra de alguns grupos que formámos para o estudo de alguns factores associados à dor perineal pode ter contribuído para o facto de não termos obtido resultados significativos relativamente a algumas variáveis em estudo.

O facto de não ter sido feita formação prévia aos profissionais intervenientes sobre as técnicas de sutura utilizadas pode ter conduzido a variações na execução das mesmas, influenciando eventualmente os resultados.

Por fim, importa referir que gostaríamos de ter efectuado uma investigação de natureza longitudinal. No entanto, as limitações de ordem temporal e de recursos

impediram-nos de concretizar este objectivo, o qual permanece em aberto para futuras investigações.

Sugere-se que num próximo estudo, a amostra seja alargada a um maior número de sujeitos, o que iria enriquecer os resultados.

Consideramos que o futuro trabalho deveria ser mais abrangente, nomeadamente através da inclusão de puérperas com lacerações do 3º e 4º grau e com partos vaginais instrumentados (fórceps e ventosa), que a literatura refere como sendo factores associados ao aumento da dor perineal no pós-parto.

Seria também fundamental que nesse estudo fosse feita formação prévia a todos os profissionais intervenientes, nomeadamente ao nível das técnicas de sutura, de modo a assegurar a uniformização dos procedimentos, contribuindo assim para a fiabilidade dos resultados, bem como a permitir a inclusão da técnica de sutura contínua de todos os planos perineais, que a evidência científica demonstrou ser a mais benéfica para as mulheres, em termos de redução da dor perineal.

No entanto, mais importante do que qualquer formação técnica é a mudança de atitudes, pelo que o ponto de partida deve ser o do desenvolvimento de estratégias no sentido de sensibilizar a comunidade científica e os profissionais de saúde para o reconhecimento da importância desta problemática, competindo essa tarefa às entidades estatais e respectivas instituições de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBERS, Leah [et al.] – Distribution of genital tract trauma in childbirth and related posnatal pain. birth [Em linha]. 26:1 (March 1999) 11-15. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL:

http://content.epnet.com/pdf25_26/pdf/1999/ES5/01Mar99/5928678.pdf?T=P&P=AN&K=5928678&EbscoContent=dGJyMNLe80SeprM4y9f3OLCmr0mep65Ss6q4Ta%2BWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkiuqLdluePfgex%2BEu3q64A&D=a9h>.

ALBERS, Leah L. [et al.] – Factors related to genital tract trauma in normal spontaneous vaginal births. Birth [Em linha]. 33:2 (June2006) 94-100. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL:

<http://www.amazon.com.br/gobe/Parto/Prote%E7%E3o%20Perineal/Artigos%20em%20ingl%EAs/factors%20associated%20with%20perineal%20trauma.pdf>>.

ALBERS, Leah L.; BORDERS, Noelle – Minimizing genital tract trauma and related pain following spontaneous vaginal birth. Journal of Midwifery Women's Health [Em linha]. 52:3 (May/June 2007) 246-253. [Consult 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://assoalhopel.dominiotemporario.com/doc/Minimizing_Genital_Tract_Trauma_and_Related_Pain.pdf>.

ALMEIDA, Sandra Ferreira Silva de; RIESCO, Maria Luiza Gonzalez – Ensaio clínico controlado aleatório sobre duas técnicas de sutura do trauma perineal no parto normal. Rev. Latino-Am Enfermagem [Em linha]. 16:2 (Março/Abril 2008) 1-8. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_16.pdf>.

ANDREWS, Vasanth [et al.] – Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia: a prospective study. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 137 (2008) 152-156. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T69-4PB75J1-1-B&_cdi=5025&_user=2465353&_pii=S030121150700276X&_origin=gateway&_coverDate=04%2F30%2F2008&_sk=998629997&view=c&wchp=dGLzVlz-zSkWA&md5=9938afab701a17daf3be30f08f022ed8&ie=/sdarticle.pdf>.

BICK, Debra E. [et al.] – Perineal assessment and repair longitudinal study (PEARLS): protocol for a matched pair cluster trial. BMC Pregnancy and Childbirth [Em linha]. 10:10 (2010) 1-8. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-10-10.pdf>>.

BORGES, Bárbara Bettencourt; SERRANO, Fátima; PEREIRA, Fernanda – Episiotomia: uso generalizado *versus* selectivo. Acta Médica Portuguesa. Lisboa. ISSN 0870-399X. Série II, vol. 16, nº 6 (Novembro/Dezembro 2003), p. 447-454.

BOSTON, Helen; HALL, Jennifer – **Midwifery essentials: labour**. Vol. 3. Edinburgh [etc.]: Churchill Livingstone Elsevier, 2009. 179 p. ISBN 978-0-443-10355-1.

BRAZÃO, Rui – Analgesia e anestesia no parto. In GRAÇA, Luís Mendes da e colabs. - **Medicina materno-fetal**. 4ªed. actualizada e aumentada. Lisboa [etc.]: Lidel, 2010. ISBN 978-972-757-654-8. p. 356-364.

CAMPOS, Diogo Ayres de; CALADO, Elsa – Episiorrafia e correcção de laceração perineais de 2º grau. In CAMPOS, Diogo Ayres de; MONTENEGRO; Nuno, coord. – **Protocolos de medicina materno-fetal**. Lisboa: Lidel, 2005. ISBN 972-757-363-0. p.134-135.

CARNIDE, Cátia [et al.] - Episiotomy: old practies, new concepts. Acta obstet. Ginecol Port. 5:1 (2011), p. 45-51.

CHAPMAN, Vicky – Perineal trauma and suturing. In CHAPMAN, Vicky; CHARLES, Cathy – **The midwife's labour and birth handbook**. 2nd ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2009. ISBN 978-1-4051-6105-3. p. 52-68.

CHARLES, Cathy – Labour and normal birth. In CHAPMAN, Vicky; CHARLES, Cathy, eds. – **The midwife's labour and birth handbook**. 2nd ed. Oxford: Wiley-Blacwell, 2009. ISBN 978-1-4051-6105-3. p. 1-28

DECLERQ, Eugene [et al.] – Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveris: results of a national survey. Birth [Em linha]. 351 (March 2008) 16-24. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www2.cfpc.ca/local/user/files/%7BD1DD810C-6616-4EAC-9208-838121615200%7D/Birth%20Postpartum%20Pain.pdf>>.

FERNANDO, R.J. [et al.] – The management of third and fourth degree perineal tears: green top guideline nº 29. In **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists guidelines** [Em linha]. RCOGG, 2007. P. 1-11. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/GTG2911022011.pdf>>.

FLEMING, Nancy – Can the suturing method make a difference in postpartum perineal pain? Journal of Nurse-Midwifery [Em linha]. 35:1 (January/February 1990) 19-25. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0091-2182/PII0091218290900538.pdf>>.

FLEMING, Valerie E.M.; HAGEN, Suzanne; NIVEN, Catherine – Does perineal suturing make a difference? The SUNS trial. Br J.Obstet. Gynaecol. [Em linha]. 110:7(July 2003) 684-689. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1471-0528.2003.02353.x/pdf>>.

FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação : da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-10-X. p. 2131-145.

FRANCISCO, Adriana Amorim [et al.] – Women' experiences of perineal pain during the immediate postnatal period: A cross-sectional study in Brazil. Midwifery [Em linha]. 7 (December 2010), 2-6. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamilImageURL&_cid=272597&_user=2465353&_pii=S0266613810001737&_check=y&_origin=&_coverDate=08-Dec-2010&view=c&wchp=dGLzVIB-zSkWb&md5=6f9a0b07007c3e9287b43eb2bf040569/1-s2.0-S0266613810001737-main.pdf>.

GLAZENER, Cathryn M.A.; MACARTHUR, Christine – Postnatal morbidity. The Obstetrician & Gynaecologist [Em linha]. 3:4 (October 2001) 179-183. [Consult. 26 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1576/toag.2001.3.4.179/pdf>>.

GORDON, Beverley [et al.] – The ipswich childbirth study: 1. a randomized evaluation of two stage postpartum perineal repair leaving the skin unsutured. British Journal of Obstetrics and Gynaecology. 105:4 (April 199) 435-440.

GOULD, Dinah – Perineal tears and episiotomy. Nursing Standard [Em linha]. 21:52 (September 2007) p. 41-46. [Consult. 28 Mar .2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=21&sid=134d5445-c276-414c-afad-79f1f14bb481%40sessionmgr12>>.

GRAÇA, Luís Mendes da – Episiotomia e laceração perineais. In GRAÇA, Luís Mendes da e colabs. - **Medicina materno-fetal**. 4ªed. actualizada e aumentada. Lisboa [etc.]: Lidel, 2010 a. ISBN 978-972-757-654-8. p. 697-700.

GRAÇA, Luís Mendes da – Gravidez prolongada e indução do trabalho de parto. In GRAÇA, Luís Mendes da e colabs. - **Medicina materno-fetal**. 4ªed. actualizada e aumentada. Lisboa [etc.]: Lidel, 2010 b. ISBN 978-972-757-654-8. p. 697-700.

GRAHAM, Ian D. [et al.] – Episiotomy rates around the world: an update. Birth [Em linha]. 32:3 (September2005) 219-223. Disponível em WWW:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=112&sid=d3421747-062f-4781-9ab9-2383acf12cef%40sessionmgr112>>.

HACKER; Stephen B. - Mildine versus mediolateral episiotomy. BMJ. 320:7250 (June 2000) 1615-1616.

KETTLE, Chris; TOHILL, Susan – Perineal Care. Clinical Evidence [Em linha]. 09: 1401 (2008) 1-19. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2907946/pdf/2008-1401.pdf>>.

KETTLE, Christine [et al.] – Continuous versus interrupted perineal repair with standard or rapidly absorbed sutures after spontaneous vaginal birth: a randomised controlled trial. The Lancet [Em linha]. 259: 29 (June 2002), p. 2217-2223. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6T1B-465RWW7-6-1&_cdi=4886&_user=2465353&_pii=S0140673602093121&_origin=gateway&_coverDate=06%2F29%2F2002&_sk=996400674&_view=c&_wchp=dGLbVzW-zSkWb&_md5=4f1940d4c1726e3b1f5edd9d6309d24d&_ie=/sdarticle.pdf>.

KETTLE, Christine; DOWSWELL, Therese; ISMAIL, Khaled M.K. – Absorbable suture materials for primary repair of episiotomy and second degree tears. Cochrane Database of Systematic Reviews [Em linha] 6 (2010) 1-64. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://apps.who.int/whl/reviews/CD000006.pdf>>.

KETTLE, Christine; HILLS; Robert K.; ISMAIL, Khaled M.K: - Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second degree tears. Cochrane Database of Systematic Reviews. 1 (2007). 1-28.

KETTLE, Christine; RAYNOR, Maureen D. – Perineal management and repair. In MARSHALL, Jayne E.; RAYNOR, Maureen D., eds. – **Advancing skills in midwifery practice**. Edinburgh [etc.]: Churchill Livingstone Elsevier, 2010. ISBN 978-0-7020-3006-2. p. 103-120.

KINDBERG, S... [et al.] – Postpartum perineal repair performed by midwives: a randomized trial comparing two suture techniques leaving the skin unsutured. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology [Em linha]. 115:4 (March 2008) 472-479. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www2.cfpc.ca/local/user/files/%7B0BEEB218-3A60-48E6-B3D4-1FAC1CA7048C%7D/Stiching%20Perineum.pdf>>.

LEEAMAN, Lawrence; SPEARMAN, Marider; ROGERS, Rebecca – Repair of obstetric perineal lacerations. American Family Physician [Em linha]. 68:8 (October 2003) 1585-1590. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.aafp.org/afp/2003/1015/p1585.pdf>>.

LEEMAN, Lawrence [et al.]- Postpartum perineal pain in a low episiotomy setting: association with severity of genital trauma, labour care, and birth variables. Birth [Em linha]. 36:4 (December 2009) 283-288. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www2.cfpc.ca/local/user/files/%7B8281C075-81C2-42C3-A965-34446B0C26CA%7D/Leeman%20Episiotomy.pdf>>.

LEROUX, Nathalie; BUJOULD, Emmanuel – Impact of chromic catgut versus polyglactin 910 versus fast- absorbing polyglactin 910 sutures for perineal repair: a randomized, controlled trial. American of Obstetrics and Gynecology [Em linha]. 194 (2006) 1585-1590. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6W9P-4JSG788-3M-1&_cdi=6688&_user=2465353&_pii=S0002937806000536&_origin=gateway&_coverDate=06%2F30%2F2006&_sk=998059993&_view=c&_wchp=dGLzVtz-zSkzV&_md5=30f3b1a20796486cf83151862607e4c5&_ie=/sdarticle.pdf>.

LOWDERMILK, Deitra Leonard (2008a) – Anatomia e fisiologia da gravidez. In LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon – **Enfermagem na maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008 a. ISBN 978-989- 8075-16-1. p. 222-244.

LOWDERMILK, Deitra Leonard (2008b) – Trabalho de Parto e Parto de Risco. In LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon – **Enfermagem na maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008 b. ISBN 978-989- 8075-16-1. p. 808-860.

LOWENSTEIN, L. [et al.] – Episiotomy as a risk factor for early perineal trauma. Harefuah. 144: 6 (June 2005) 389-393, 456.

LUNDQUIST, Martina [et al.] – Is it necessary to suture all lacerations after a vaginal delivery? Birth [Em linha]. 27:2 (June 2000) 79-85. [Consult. 29 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=112&sid=097098e9-f11b-4f3a-a848-df5b26c17e6e%40sessionmgr110>>.

MACARTHUR, Alison J. ; MACARTHUR, Colin – Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. American Journal of Obstetrics & Gynecology [Em linha] 191:4 (October 2004) 1199-1204. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6W9P-4DM1JMC-Y-1&_cdi=6688&_user=2465353&_pii=S0002937804002273&_origin=gateway&_coverDate=10%2F31%2F2004&_sk=998089995&view=c&wchp=dGLbVIW-zSkzS&md5=25ad0c0a84a8d6601f7d00342b1747d7&ie=/sdarticle.pdf>.

MACHADO, Maria Helena – Assistência pré-natal. In GRAÇA, Luís Mendes da e colaboradores – **Medicina materno-fetal**. 4ª ed. act. e aumentada. Lisboa [etc.]: Lidel, 2010 a. ISBN 978-972-757-654-8. p. 149-161.

MACHADO, Maria Helena – Trabalho de parto: fisiologia, divisão clínica e mecanismo geral. In GRAÇA, Luís Mendes da e colaboradores – **Medicina materno-fetal**. 4ª ed. act. e aumentada. Lisboa [etc.]: Lidel, 2010 b. ISBN 978-972-757-654-8. p. 320-328.

MACKRODT, Carolyn [et al.] – The Ipswich Childbirth Study: 2. a randomized comparison of polyglactin 910 with chromic catgut for postpartum perineal repair. British Journal of Obstetrics and Gynecology. 105 (April 1998) 441-445.

MAROCO, João - **Análise estatística com utilização do SPSS**. 3ª ed. revista e aumentada. Lisboa : Edições Sílabo, 2007. 822 p. ISBN 978-972-618-452-2.

MORANO, Sandra [et al.] – A randomized comparison of suturing techniques for episiotomy and laceration repair after spontaneous vaginal birth. Journal of Minimally Invasive Gynecology [Em linha]. 23 (2006), 457-462. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.obgyn.ubc.ca/Education/Residency/JournalClub/docs/Olga2.pdf>>.

MUNRO, Jane – Suturing the perineum. In **Midwifery practice guideline: evidence based guidelines for midwifery-led care in labour**. 4th ed. London: Royal College of Midwives, May 2008. p. 1-10. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.rcm.org.uk/college/policy-practice/guidelines/practice-guidelines/>>.

MURTAGH, John – **Practice iips**. Sidney: McGraw-Hill Book Company, 1992. ISBN 0 07 452804 1. p. 21-36.

ORBORO, V.O. [et al.] – A multicentre evaluation of the two-layered repair of postpartum perineal trauma. J. Obstet. Gynaecol [Em linha]. 23:1 (January 2003) 5-8. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=112&sid=547a80ab-05ea-4178-8d8e-efe569848e0c%40sessionmgr110>>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – **Cuidados en el parto normal: una guía práctica** [Em linha]. Ginebra: OMS, 1996. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf>.

PAULA, Cláudia Valéria de – Actuação de enfermagem em doentes com dor. In TEIXEIRA, Manuel Jacobsen, ed. – **Dor: manual para o clínico**. São Paulo [etc.]: Editora Atheneu, 2007. ISBN 85-7379-850-5. p. 221-225.

PEDHAZUR, E. J. ; SCHMELKIN, L. P. - **Measurement, design, and analysis : an integrated approach**. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, 1991.

PEREIRA, Paulo Roberto Bueno; FERREIRA, Laura Fernandes Alves – Fios e Suturas. In GAMA-RODRIGUES, Joaquim José; MACHADO; Marcel Cerqueira Cesar; RASSLAN; Samir, eds. – **Clínica cirúrgica**. São Paulo: Manole, 2008. ISBN 978-85-204-2495-7. p. 94-106.

PERRY, Shannon E. – Enfermagem materna contemporânea. In LOWDERMILK; PERRY – **Enfermagem na maternidade**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN 978-989- 8075-16-1. p. 1-21.

PESTANA, Maria Helena ; GAGEIRO, João Nunes - **Análise de dados para ciências sociais : a complementaridade do SPSS**. 4ª ed. rev. e aumentada. Lisboa : Edições Sílabo, 2005. 690 p. ISBN 972-618-391-X.

PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João N. – **Análise de dados para ciências sociais**. 5ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.

PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos; TEIXEIRA, Manoel Jacobsen – Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. Revista Brasileira de Anestesiologia. São Paulo. ISSN 1806-907X. Vol. 47, nº 2 (Março/Abril 1997), p. 177-186.

PINTANGUI, Ana Carolina Rodarti [et al.] – Mensuração e características da dor perineal em primíparas submetidas à episiotomia. Acta Paul Enferm [Em linha]. 22:1 2009) 77-82. [Consult. 26 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.scielo.br/ppp?script=sci_arttext&pid=SO103-21002009000100013&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0103-21000>.

POLIT, Denise F. ; BECK, Cheryl Tatano ; HUNGLER, Bernardette P. - **Fundamentos de pesquisa em enfermagem : métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Porto Alegre : Artmed, 2004. 487 p. ISBN 85-7307-984-3.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - **Circular Normativa Nº 09/DGCD**. 2003.06.14 [Em linha]. A dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor. Disponível em WWW:<URL:<http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde – **Programa nacional de combate à obesidade**. Lisboa: 2005. ISBN 972-675-128-4.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde – **Vigilância pré-natal e revisão do puerpério**. 2ª ed. revista. Lisboa: 1993. ISBN 972-9425-32-9. p .3-10.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. **Circular Normativa Nº11/DSCS/DPCD**. 2008.06.18 [Em linha]. Programa Nacional de Controlo da Dor. Disponível em WWW:<URL:<http://www.dgsaude.pt>>.

REZENDE, Jorge de – O puerpério: estudo clínico e assistência. In REZENDE, Jorge de – **Obstetrícia**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p 358-369.

REZENDE, Jorge de; MONTENEGRO, Carlos António Barbosa – **Obstetrícia fundamental**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 689p. ISBN 85-277-1126-5.

RITTO, A. Cristina F. Fernandes – Dor: 5º sinal vital: do projecto à realidade, a longa caminhada... Enfermagem. Lisboa. ISSN 0871-0775. Nº39 (Julho-Setembro 2005), p. 5-9.

SEELEY, Rod R.; STEPHENS, Trent D.; TATE, Philip – **Anatomia e fisiologia**. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2005. 1118 p. ISBN 972-8930-07-0.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen – Fisiopatologia da dor aguda e crónica. In TEIXEIRA, Manuel Jacobsen, ed. – **Dor: manual para o clínico**. São Paulo [etc.]: Editora Atheneu, 2007. ISBN 85-7379-850-5. p. 9-24.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen; YENG, Lin Tchia – Avaliação da dor. In TEIXEIRA, Manoel Jacobsen, ed. – **Dor: manual para o clínico**. São Paulo [etc.]: Editora Atheneu, 2007. ISBN 85-7379-850-5. p. 25-38.

THAKAR, Ranee; SULTAN, Abdul H. – Postpartum problems and the role of a perineal clinic. In SULTAN, Abdul H.; THAKAR, Ranee; FENNER, Dee E., eds. – **Perineal and anal sphincter trauma: diagnosis and clinical management**. London: Springer-Verlag, 2009. ISBN 978-1-84800-996-7. p. 65-79.

VALENZUELA, P. - Continuous versus interrupted sutures for repair of episiotomy or second-degree perineal tears: a randomised controlled trial. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology [Em linha]. 116:3 (February 2009) 436-41. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2008.02056.x/pdf>>.

VISWANATHAN, M. [et al.] – The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review. evidence report/technology assessment nº 112. In **Agency for Healthcare Research and Quality** [Em linha]. Rockville, MD: AHRQ, 2005. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/episiotomy/episob.pdf>>.

WATANATITAN, Jetana; ARMARTTASN, Sorpin; MANUSIRIVITHAYA, Sumonnal – Incidence and factors associated with postpartum perineal pain in primipara. Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology [Em linha]. 17 (July 2009) 139-144. [Consult. 28 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.rtcog.or.th/html/photo/journalfile_416161.pdf>.

