



Dor e desconforto perineais

- 1 Introdução
- 2 Tratamentos locais
 - 2.1 Tratamentos não-farmacológicos
 - 2.2 Anti-sépticos locais
 - 2.3 Anestésicos locais
 - 2.4 Associações de anestésicos locais e esteróides tópicos
- 3 Fisioterapias locais
 - 3.1 Alívio da pressão no períneo
 - 3.2 Ultra-som e energia eletromagnética pulsátil
 - 3.3 Exercícios para o assoalho pélvico
- 4 Tratamentos por via oral
 - 4.1 Preparações com ervas
 - 4.2 Enzimas proteolíticas
 - 4.3 Analgésicos orais
- 5 Conclusões

1 Introdução

A dor perineal pós-natal é um problema angustiante para as mães e que pode afetar negativamente sua vida e suas experiências iniciais de maternidade. A dor perineal e/ou dispareunia podem persistir por longos períodos. Um estudo realizado no Reino Unido constatou que, após parto vaginal espontâneo, 10% das mulheres sentiam dor por mais de 2 meses; a porcentagem aumentava para 30% naquelas que tiveram parto vaginal assistido. Outros estudos constataram que algumas mulheres continuam a apresentar dor e dispareunia mais de um ano após o parto.

A lesão perineal pode ser evidente, porque foi necessário suturar, há equimose ou hemorroidas visíveis. Algumas vezes o traumatismo não é visível; uma nova mãe com períneo intacto e sem sinais evidentes de lesão também pode sofrer considerável desconforto perineal.

Evitar a lesão perineal quando possível e reparar apropriadamente quando houver traumatismo (ver Caps. 32 e 36) são as condutas primárias para evitar ou reduzir esses problemas. Quando há dor apesar do uso de medidas para evitá-la, existe uma grande variedade de medidas secundárias e tratamentos ativos para alívio da dor perineal.

2 Tratamentos locais

2.1 Tratamentos não-farmacológicos

Aerossóis, géis, cremes, soluções, compressas de gelo, banhos e duchas são frequentemente recomendados para alívio do desconforto perineal após parto vaginal, mas foram submetidos a pequena, ou nenhuma, avaliação formal.

O resfriamento com gelo ou aerossóis é usado frequentemente na assistência pós-natal, supondo-se que reduzirá a dor e o edema. Compressas de gelo no puerpério produzem alívio sintomático imediato por anestesiarem o períneo, mas esse alívio geralmente é breve, e não há evidências de qualquer benefício a longo prazo. Também foram descritos aerossóis para aliviar o desconforto perineal, provavelmente por um efeito de resfriamento, embora algumas vezes causem desconforto com fisgadas.

Um estudo randomizado demonstrou que banhos de assento frios frequentemente são mais eficazes que os banhos de assento mornos para alívio do desconforto perineal, mas o efeito diferencial é limitado à primeira meia hora após o banho e os banhos frios não são populares entre as mulheres.

O calor de um banho quente pode proporcionar algum conforto no puerpério imediato. Em levantamento recente, mais de 90% das mulheres relataram que o banho de imersão aliviara o desconforto perineal. Entretanto, essa observação não foi controlada, e não se sabe se uma parcela semelhante de mulheres teria obtido alívio se não tivesse tomado banho, ou se tivesse tomado banho de chuveiro.

A crescente popularidade das ervas, seja aplicadas localmente ou na forma de óleos aromáticos, provavelmente reflete uma crença na segurança dos remédios “naturais” e uma maior disponibilidade no mercado varejista. O uso de compressas de gaze ou de outro tipo embebidas em hamamélis e aplicadas diretamente nos tecidos perineais é frequentemente recomendado para alívio da dor, mas um estudo randomizado não mostrou evidências de que fosse mais eficaz que a água corrente. Foi descrito apenas um estudo controlado de aromaterapia para alívio da dor perineal, que constatou que a adição de óleo de lavanda à água do banho não afetava a dor perineal nos primeiros 10 dias após o parto.

O sal acrescentado à água do banho é um dos remédios mais antigos para traumatismo perineal e outros tipos de trauma-

tismo, e ainda é muito popular. Acredita-se que o sal alivia o desconforto e promove cicatrização, embora o mecanismo de ação exato seja desconhecido. Não foram confirmados os argumentos de que possui propriedades anti-sépticas ou antibacterianas. Não há consenso quanto ao tipo de preparação ou à quantidade de sal recomendada. As orientações em relação à quantidade variam de uma colher de sopa cheia em uma banheira pequena até 1,36 kg em 135 litros de água (cerca de 10 g/l). Em um grande estudo controlado, a adição de sal à água do banho não teve efeito detectável sobre a dor perineal ou sobre a cicatrização de ferida perineal.

2.2 Anti-sépticos locais

A adição de soluções anti-sépticas, particularmente de concentrado "Savlon" (anti-séptico líquido à base de clorexidina e cetrimida), à água do banho foi avaliada no grande estudo mencionado anteriormente. As mulheres foram instruídas a acrescentar Savlon a um banho diário nos primeiros 10 dias após o parto. Não houve evidências de que esse acréscimo tenha aumentado o alívio sintomático proporcionado pelo banho ou de que tenha reduzido o desconforto perineal. Da mesma forma, um estudo comparando o uso de solução anti-séptica com o uso de água sem medicamento para um tipo de ducha no qual a mulher senta-se sobre a banheira ou vaso sanitário, verte o líquido sobre a região vulvar e joga-o para o interior da vagina com a mão não mostrou diferença de efeito sobre os sintomas, a cicatrização ou as taxas de infecção.

O uso de cremes vaginais contendo sulfonamidas, que antigamente era recomendado para uso rotineiro no período pós-parto, foi avaliado em dois estudos controlados. Os resultados sugeriram que pequenas anormalidades cervicais benignas, como erosão ou ectrópio, foram menos comuns nas mulheres que usaram os cremes de sulfonamida e que essas mulheres usaram menos duchas vaginais. Proporções iguais de mulheres em cada grupo reiniciaram a atividade sexual 6 semanas após o parto.

2.3 Anestésicos locais

Os anestésicos locais costumam ser aplicados na forma de aerossol, gel, creme ou espuma. Comparações duplo-cegas de anestésicos locais mostraram que eles são claramente mais eficazes para alívio da dor perineal que os placebos. O aerossol aquoso de lignocaína a 5% ou o gel de lignocaína parece ser a primeira escolha de agente e fórmula.

2.4 Associações de anestésicos locais e esteróides tópicos

Com base na suposição de que grande parte da dor causada por traumatismo perineal é decorrente do edema e da infla-

ção local, um anestésico local (pramoxina) foi associado a um esteróide (hidrocortisona) em um único medicamento tópico. Estudos iniciais não-controlados mostraram resultados muito encorajadores, mas dois estudos bem controlados produziram achados conflitantes. O primeiro estudo relatou maior alívio da dor no grupo tratado com pramoxina/hidrocortisona, enquanto o outro descreveu maior edema e maior uso de analgesia oral com o uso da associação, particularmente após o terceiro dia. A deiscência da ferida também foi mais comum no grupo tratado com o creme de associação nesse estudo. Como se sabe que os esteróides prejudicam a cicatrização de feridas, esse último achado é biologicamente plausível. Não parece prudente usar essa associação sem avaliação adicional por um estudo controlado.

3 Fisioterapias locais

3.1 Alívio da pressão no períneo

Podem-se usar vários auxílios simples em posição sentada ou deitada como forma de aliviar a pressão sobre o períneo dolorido. Quando a mãe está em repouso no leito, pode-se usar um calço ou travesseiro para apoiá-la em decúbito lateral. Esses devem ser revestidos por tecido à prova d'água, de forma que possam ser facilmente limpos. Anéis de borracha ou de espuma de borracha foram muito defendidos no passado, principalmente para mães que precisam sentar-se confortavelmente para alimentar seus bebês. O uso desses anéis foi abandonado pois acredita-se que comprimem o retorno venoso, aumentando assim o risco de trombose em mulheres que já correm maior risco após o parto. O fato de não serem mais fornecidos no hospital não impede que muitas mulheres comprem o seu próprio, ou usem bóias infantis como substituto. A popularidade dessa medida simples sugere que proporciona alívio a muitas mulheres. Isso indica que seria útil uma pesquisa adicional sobre sua segurança.

3.2 Ultra-sonografia e energia eletromagnética pulsátil

Os desenvolvimentos nos tratamentos físicos de lesões dos tecidos moles levaram a aumento do uso de terapias elétricas no traumatismo do períneo. Esses dois tratamentos tornaram-se populares: ultra-som e energia eletromagnética pulsátil.

As evidências sobre a eficácia do ultra-som terapêutico no tratamento de outras lesões dos tecidos moles não são totalmente uniformes e não se compreende o seu mecanismo de ação exato. Embora o tratamento da dor não seja uma indicação primária para o uso de ultra-som terapêutico, seus proponentes sugerem que a dor diminui quando a resolução do pro-

cesso inflamatório é acelerada e a compressão de estruturas sensíveis à dor pelo hematoma e edema é reduzida. A terapia com ultra-som requer a assistência contínua do operador durante o tratamento, e portanto tem alto custo em relação ao tempo do fisioterapeuta. O transdutor é aplicado diretamente à pele e deve ser movimentado durante a transmissão para evitar lesão tecidual; a condução é auxiliada por uma geléia ou creme.

Foram postulados benefícios semelhantes da energia eletromagnética pulsátil, com base em estudos observacionais do tratamento na lesão de tecidos moles. A transmissão pulsátil da energia permite o uso de ondas de grande intensidade com minimização do calor local. Uma possível vantagem da energia eletromagnética pulsátil é sua facilidade de aplicação. Pode ser transmitida através de um absorvente higiênico ou toalha, evitando assim a necessidade de assistência constante do operador (embora isso nem sempre seja considerado boa prática).

Três estudos compararam o ultra-som com a energia eletromagnética pulsátil e/ou tratamentos com placebo na dor perineal aguda, e um estudo comparou o ultra-som ao placebo na dor perineal persistente. Nenhum estudo avaliou a segurança e nem relatou se houve efeitos adversos do tratamento. As participantes tratadas com ultra-som ativo foram mais propensas a relatar melhora com o tratamento quando comparadas àquelas tratadas com placebo, mas não houve outras diferenças entre os grupos, isto é, não houve diferenças em relação a dor, edema, equimose, uso de analgesia ou dispareunia. Em comparação com aquelas tratadas com energia eletromagnética pulsátil, as mulheres tratadas com ultra-som foram menos propensas a ter dor perineal em 10 dias e em 3 meses, e mais propensas a apresentar equimose em 10 dias. Atualmente, não há evidências suficientes para se chegar a conclusões válidas sobre benefícios ou danos importantes de qualquer uma dessas modalidades dispendiosas no tratamento do traumatismo perineal. O uso adicional dessas técnicas deve ser apenas no contexto de um estudo controlado apropriadamente.

3.3 Exercícios para o assoalho pélvico

A explicação habitual para se recomendar exercícios pós-natais dos músculos do assoalho pélvico é a crença de que os exercícios reduzirão o risco de incontinência urinária de esforço e prolapso genital. No único grande estudo controlado em que foram avaliados os efeitos dos exercícios pós-natais sobre os índices de incontinência, o índice de incontinência (3 meses após o parto) nas mulheres que receberam instruções detalhadas e incentivo a respeito dos exercícios

para fortalecimento do assoalho pélvico foi semelhante ao observado nas mulheres que receberam o nível habitual de informações e nenhum incentivo especial. Embora não tenham sido detectados efeitos benéficos dos exercícios pós-natais em relação aos índices de incontinência, as mulheres que receberam o programa intensivo de exercícios pós-natal e incentivo foram bem menos propensas a sentir dor perineal após 3 meses. Esses resultados sugerem que o uso desses exercícios seria uma medida válida para ajudar a aliviar a dor perineal persistente.

4 Tratamentos por via oral

4.1 Preparações com ervas

Existem diversas preparações de ervas que visam aliviar os sintomas perineais. Por exemplo, acredita-se que comprimidos de arnica e comprimidos ou chá de confrei reduzam a equimose. A *Arnica montana* foi avaliada em um pequeno estudo duplo-cego cujos resultados foram inconclusivos.

4.2 Enzimas proteolíticas

Algumas das enzimas proteolíticas com ação farmacológica ocorrem naturalmente. A ananase, por exemplo, é um extrato de abacaxis havaianos. Três dessas preparações de enzimas (bromolaína, quimiotripsina isolada e quimiotripsina associada à tripsina) foram avaliadas em estudos controlados. Embora os estudos individualmente tivessem resultados um pouco conflitantes, uma visão geral dos resultados mostra redução significativa do edema, da dor ao sentar e da dor ao caminhar no terceiro dia. Esses resultados sugerem que agentes proteolíticos orais podem ter efeito importante sobre o desconforto perineal. Todavia, os estudos variam em termos de qualidade, prevalência dos resultados e estimativas do efeito do tratamento, de forma que essa conclusão pode ser apenas temporária. Conclusões definitivas devem aguardar os resultados de estudos mais bem controlados.

4.3 Analgésicos orais

Uma quantidade impressionante de preparações farmacologicamente ativas pode ser usada por via oral para aliviar a dor perineal. Apesar do grande número de estudos randomizados em que foram avaliados esses agentes, as evidências experimentais não são úteis. Há duas razões principais para isso. Em primeiro lugar, a maioria dos estudos mostra que as preparações ativas são superiores ao placebo mas não distingue diferenças clinicamente importantes entre as opções de analgésicos. Segunda, muitas das drogas incluídas nos estudos não são mais vendidas.

Diversos fatores devem ser considerados ao se escolher as preparações analgésicas orais. Um é a intensidade da dor tratada. Outro é a probabilidade de o medicamento causar constipação, que é particularmente importante evitar no tratamento da dor perineal. Algumas preparações orais podem causar irritação gástrica, e isso também deve ser evitado, se possível. A passagem da droga ou drogas para o leite materno e o possível risco para o bebê são outras considerações importantes. Além disso, algumas drogas têm efeitos adversos mais graves, embora raros. Finalmente, deve-se levar em conta os custos relativos das preparações alternativas.

De acordo com esses critérios, o paracetamol (acetaminofeno) provavelmente é a droga de escolha na dor perineal leve. Possui propriedades analgésicas úteis e praticamente não tem efeitos colaterais indesejáveis. Entre os outros antiinflamatórios não-esteróides, o ibuprofeno parece ser o mais apropriado, se for necessária uma alternativa ao paracetamol para tratamento da dor perineal. Ao contrário de alguns outros antiinflamatórios não-esteróides, ele parece ser praticamente isento de efeitos colaterais, e a excreção no leite é muito pequena. A aspirina é menos satisfatória porque pode causar irritação gástrica, prolonga o tempo de sangramento e representa um risco potencial para o bebê devido à excreção no leite materno.

A escolha de analgésicos é menos satisfatória quando a dor perineal não é suficientemente aliviada pelo paracetamol ou ibuprofeno. Parece prudente, como primeiro passo, considerar a associação de tratamentos locais, como calor e anestésicos locais. Se ainda for necessário analgesia mais forte, não há primeira opção indiscutível. Os indivíduos diferem na susceptibilidade a diferentes formulações de analgésicos.

Os derivados da codeína são menos adequados para a dor perineal que para outros tipos de dor porque predispõem à constipação. O opióide dextropropoxifeno pode causar dependência e não pode ser recomendado. Por essa razão, as associações de paracetamol (acetaminofeno) com um analgésico opióide mais forte podem ter lugar especial no alívio da dor perineal. Uma opção é administrar paracetamol associado a menores doses de codeína ou diidrocodeína do que ocorreria se essas últimas fossem usadas sozinhas. Embora pareça razoável associar os dois tipos de analgesia, não se sabe ao certo se o efeito analgésico é maior que o efeito do paracetamol sozinho.

5 Conclusões

O resfriamento com gelo moído, hamamélis ou água produz alívio sintomático breve da dor e do desconforto

perineais. Anestésicos aplicados localmente, como aerossol de lignocaína aquosa a 5% ou gel de lignocaína, também são eficazes, e seu efeito pode ser mais prolongado. O acréscimo de um esteróide a esses anestésicos locais pode causar mais danos do que benefícios. A adição de sal, óleo de lavanda ou solução anti-séptica à água da banheira não tem efeito adicional sobre a dor ou a cicatrização perineal.

A qualidade da assistência pessoal durante o puerpério tende a ser um importante determinante do desconforto perineal pós-parto. Com base nas evidências disponíveis atualmente, os efeitos terapêuticos observados com fisioterapia, como ultra-som terapêutico, energia eletromagnética pulsátil e o ensino de exercícios pós-natais, podem decorrer da atenção pessoal envolvida, e não das modalidades de tratamento propriamente ditas. É necessário pesquisa adicional para investigar fatores, como dosagem e momento desses tratamentos.

O paracetamol (acetaminofeno) é o analgésico oral de escolha na dor perineal leve. Se o paracetamol associado aos tratamentos locais não controlar a dor, um antiinflamatório não-esteróide como o ibuprofeno é uma opção útil. As enzimas proteolíticas orais também podem ser consideradas para alívio da dor perineal relativamente intratável, embora sua eficácia não tenha sido claramente estabelecida. Não há analgésico oral definitivo para a dor mais forte que não é controlada adequadamente pelo paracetamol. A tendência dos derivados da codeína de causarem constipação torna essas drogas menos adequadas para alívio da dor perineal que da dor em outros locais.

Até recentemente, a prevenção e o tratamento da dor perineal após o parto, utilizando outras condutas além da analgesia sistêmica, foram tema de poucas pesquisas formais de avaliação. Porém, a dor perineal pós-parto é tão comum que estratégias alternativas podem ser facilmente comparadas em estudos controlados randomizados. Esses estudos são necessários para que sejam desenvolvidos tratamentos mais eficazes para esse problema comum.

Fontes

Effective care in pregnancy and childbirth

Grant, A. and Sleep, J. Relief of perineal pain and discomfort after childbirth.

Biblioteca Cochrane

Hay-Smith, E.J.C., Therapeutic ultrasound for postpartum perineal pain and dyspareunia.

*Revisões pré-Cochrane*

- Kaufman, K.**, Adding Savlon concentrate to bath water for perineal trauma. Review no. 03796.
- Adding salt to bath water for perineal trauma. Review no. 03691.
- Intensive postnatal pelvic floor exercises. Review no. 05563.
- Warm vs cold sitz baths. Review no. 05564.
- Local heat vs local cold for perineal injury. Review no. 05565.
- Pramoxine/hydrocortisone for perineal pain. Review no. 05569.
- Pramoxine/hydrocortisone vs local anesthetic for perineal pain. Review no. 05570.
- Pramoxine/hydrocortisone vs ice for perineal pain. Review no. 05571.
- Pramoxine/hydrocortisone vs witchhazel for perineal pain. Review no. 05572.
- Witchhazel vs ice for perineal pain. Review no. 05573.
- Local anesthetic for perineal pain. Review no. 05575.
- Alcoholic vs aqueous lignocaine for perineal pain. Review no. 05577.
- Lignocaine vs cinchocaine for perineal pain. Review no. 05576.

Oral proteolytic enzymes for perineal trauma. Review no. 03204.

Outras fontes

- Bansal, R.K., Tan, W.M., Ecker, J.L., Bishop, J.T. and Kilpatrick, S.J.** (1996). Is there a benefit to episiotomy at spontaneous vaginal delivery? A natural experiment. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **175**, 897–901.
- Dale, A. and Cornwell, S.** (1994). The role of lavender oil in relieving perineal discomfort following childbirth: a blind randomized controlled trial. *J. Adv. Nurs.*, **19**, 89–96.
- Glazener, C.M.** (1997). Sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, **104**, 330–5.
- Greenshields, W. and Hulme, H.** (1993) *The Perineum in Childbirth*. London: National Childbirth Trust.
- Hofmeyr, G. J., Piccioni, V. and Blauhof, P.** (1990). Postpartum homoeopathic Arnica montana: a potency-finding pilot study. *Br. J. Clin. Pract.*, **44**, 619–21.
- Robson, K.M., Brant, H.A. and Kumar, R.** (1981). Maternal sexuality during first pregnancy and after childbirth. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, **88**, 882–9.