

# A via de parto interfere nas atividades cotidianas no puerpério imediato?

*Does delivery way interfere on daily activities in the immediate puerperium?*

Pricila Lima dos Santos<sup>1</sup>, Mariana Tirolli Rett<sup>2</sup>, Renata Cardoso Baracho Lotti<sup>3</sup>, Ana Silvia Moccellini<sup>2</sup>, Josimari Melo DeSantana<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fisioterapeuta graduada pela Universidade Federal de Sergipe – UFS. Carmópolis, SE – Brasil.

<sup>2</sup>Doutora, Professora Adjunta do Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal de Sergipe – UFS. Aracaju, SE – Brasil.

<sup>3</sup>Doutora, Professora da Faculdade Estácio de Sá – FASE. Aracaju, SE – Brasil.

**Endereço para correspondência:**

Mariana Tirolli Rett  
Av. Marechal Rondon, s/n – Jardim Rosa Elze – São Cristóvão  
49100-000 – Aracaju – SE [Brasil]  
marianatrb@gmail.com

## Resumo

**Introdução:** O parto vaginal e a cesariana podem gerar desconfortos comprometendo as atividades funcionais no puerpério. **Objetivos:** Comparar a dor, a amplitude de movimento (ADM), o desempenho e a limitação funcional de primíparas após o parto vaginal e cesariana. **Métodos:** Utilizou-se a versão curta do questionário de dor McGill (VC-QDM), a escala visual analógica (EVA), a intensidade de dor presente (IDP), o flexímetro, o teste *timed up and go* (TUG) e o questionário de limitação funcional. **Resultados:** Após o parto vaginal, houve relatos de dor “dolorida à palpação” e “cortante” com intensidade severa e IDP desconfortante. Após a cesariana, a ADM de flexão e rotações do tronco foram menores, maior intensidade de dor e necessidade de mais tempo para realização das atividades do TUG, mostrando pior desempenho funcional. Algumas limitações funcionais estiveram presente independente da via de parto. **Conclusão:** O grupo cesariana apresentou menor ADM, maior intensidade de dor e pior desempenho funcional. Contudo, a maioria das puérperas apresentou alguma limitação funcional.

**Descritores:** Período pós-parto; Parto normal; Cesárea; Dor; Limitação da mobilidade.

## Abstract

**Introduction:** Both vaginal delivery and cesarean section can cause discomforts compromising functional activities in the postpartum period. **Objectives:** To compare pain intensity, range of motion (ROM), functional performance and limitation of primiparous women after vaginal delivery and cesarean section. **Methods:** Short-form McGill pain questionnaire (SF-MPQ), visual analogue scale (VAS), present pain intensity (PPI), fleximeter, timed up and go test (TUG) and functional limitation questionnaire were used to measure outcomes. **Results:** After vaginal delivery, there were reports of pain as “painful to palpation” and “cutting” with severe intensity and uncomfortable PPI. After cesarean section, bundle ROM and trunk rotations were smaller with greater pain intensity and these women spent more time to perform TUG test activities, demonstrating a worse functional performance when compared to women with vaginal delivery. Functional limitation was present in both groups. **Conclusion:** Women of cesarean section group had lower ROM, highest pain intensity and worse functional performance, but most of them had some functional limitation.

**Keywords:** Postpartum period; Natural childbirth; Cesarean section; Pain; Mobility limitation.

## Introdução

O puerpério é marcado como um período de vulnerabilidade, intercorrências físicas e emocionais na mulher que, mesmo não estando totalmente restabelecida, necessita prestar cuidados ao recém-nascido<sup>1</sup>. Contudo, dependendo da via de parto, são esperadas queixas localizadas tanto na região perineal, no caso de parto vaginal, quanto dor no baixo ventre e na cicatriz, após a cesariana<sup>2</sup>.

Após o parto vaginal, parte das mulheres pode sofrer algum tipo de trauma perineal em decorrência de lacerações espontâneas e/ou episiotomias<sup>3</sup>. As lacerações perineais estão associadas a morbidades que podem ocorrer em curto prazo, como dor, edema, sangramento vaginal, deiscência de sutura e hematoma e, podem interferir em atividades, como caminhar, subir degrau, levantar, urinar, sentar e amamentar. Em longo prazo, podem ocorrer disfunções intestinais, urinárias e sexuais<sup>4</sup>.

Quanto à cesariana, a incisão abdominal e a anestesia causam um trauma no organismo da mulher, gerando dor na cicatriz, menor movimentação intestinal, acúmulo de gases e mobilidade física restrita, podendo ocasionar prejuízos na recuperação pós-parto<sup>5</sup>. Além disso, quando comparado ao parto vaginal, o comprometimento da mobilidade física após a cesariana pode prejudicar o posicionamento adequado para a amamentação, interferir nos cuidados oferecidos ao recém-nascido e nos próprios cuidados de higiene e vestuário da puérpera<sup>6</sup>.

Em um aspecto geral, a queixa de dor perineal e na cicatriz da cesariana são comuns no puerpério, mas tal queixa pode ser subvalorizada ou negligenciada pelos profissionais da equipe de assistência. Assim, a presença de dor pode gerar prejuízos para o exercício da maternidade, comprometendo as habilidades das atividades diárias e de autocuidado como: micção, evacuação, alimentação, banho, sono, repouso, movimentação ativa e amamentação<sup>4</sup>.

Desta forma, a avaliação e a caracterização da dor no pós-parto e suas repercussões na re-

alização de atividades cotidianas da puérpera e do bebê, poderão trazer informações importantes para o contexto da humanização da assistência à saúde da mulher. Tal investigação poderá colaborar para o planejamento de ações e intervenções benéficas a serem realizadas, tanto para possibilitar o alívio da dor quanto para permitir que a puérpera se torne mais independente durante o pós-parto. Assim, os objetivos deste estudo foram avaliar a dor, a amplitude de movimento, o desempenho e a limitação funcional em primíparas no puerpério imediato e comparar entre as vias de parto vaginal e a cesariana.

## Materiais e Métodos

Foi realizado um estudo observacional do tipo transversal, no período de março a outubro de 2015, na Maternidade Dr. João Firpo do Hospital Santa Isabel, na cidade de Aracaju/SE. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe (CAAE 09959912.1.0000.0058) e todas as pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram incluídas primíparas no puerpério imediato nas seis primeiras horas após o parto vaginal<sup>7</sup> e oito primeiras horas após a cesariana<sup>8</sup>; com queixa dolorosa referente à via de parto; puérperas com idade  $\geq 18$  anos; com recém-nascido vivo e a termo e que consentiram voluntariamente a participar do estudo. As puérperas de parto vaginal foram questionadas como "Você sente dor na região do períneo/vagina?" e, as de parto cesariana, "Você sente dor na cicatriz da barriga?". Foram excluídas aquelas com infecção puerperal, hemorragia, diabetes gestacional, doença hipertensiva específica da gestação, após curetagem, em isolamento ou repouso absoluto, analfabetas ou com déficit cognitivo que impedisse a compreensão dos questionários.

A intensidade e a caracterização da dor foram mensuradas através da versão curta do Questionário de Dor McGill (VC-QDM), que

consiste em 15 palavras, sendo de 1-11 representativas da categoria sensitiva e de 12-15 representativas da categoria afetiva. A intensidade da dor é classificada para cada palavra utilizando uma escala de quatro pontos (0 = sem dor, 1 = leve, 2 = moderada, 3 = severa)<sup>9</sup>. As puérperas foram orientadas a escolher apenas uma intensidade que mais se assemelhasse à dor percebida.

A VC-QDM inclui uma escala visual analógica (EVA), que consiste em uma linha horizontal de 10 cm, ancorada com as expressões 'nenhuma dor' na extremidade esquerda e 'pior dor imaginável' à direita, e a intensidade de dor presente (IDP) que consiste em uma escala de seis pontos que varia de 0 = sem dor, 1 = dor leve, 2 = dor desconfortável, 3 = dor perturbadora, 4 = dor horrível a 5 = dor excruciante<sup>9</sup>. Na aplicação da EVA, as puérperas foram orientadas a marcar um traço vertical na linha, representando a intensidade de dor e, na IDP, foram orientadas a escolher um número referente à dor.

A avaliação da amplitude de movimento (ADM) para flexão anterior e rotação do tronco foi realizada por meio do flexímetro (Sanny®, American Medical, Brasil) que consiste em um equipamento com uma escala em graus para medir os ângulos articulares e uma fita para fixá-lo ao segmento móvel<sup>10</sup>. Para mensurar a ADM de flexão anterior do tronco, a puérpera foi posicionada em ortostatismo, a fita fixada ao redor do tronco ao nível do processo xifóide do esterno e o flexímetro posicionado na região lateral do tronco<sup>11</sup> e, para mensurar a rotação do tronco, a puérpera foi posicionada em decúbito dorsal, membros inferiores unidos, joelhos fletidos em 90° em direção ao quadril e o flexímetro posicionado na região anterior das duas coxas, sendo que os joelhos se mantiveram unidos pelo velcro do aparelho<sup>11</sup>.

Durante a realização de cada movimento, a puérpera era questionada sobre a intensidade de dor por meio da escala numérica (EN), que compreende uma escala horizontal cuja extremidade esquerda (grau 0 de dor) significa ausência de dor e aumenta gradativamente até a

extremidade direita (grau 10 de dor) que representa nível de dor extrema<sup>12</sup>.

O desempenho funcional foi avaliado por meio do teste *Timed Up and Go* (TUG), que consiste em registrar o tempo que se leva para levantar de uma cadeira, caminhar uma distância de três metros, voltar e sentar na mesma cadeira<sup>13</sup>. O teste iniciou com a puérpera sentada, com o tronco apoiado no encosto da cadeira e levantou ao mesmo tempo em que iniciou a cronometragem. Cada etapa do teste foi avaliada utilizando-se a EN afim de obter a intensidade de dor naquela atividade, e também cronometrada separadamente, gerando um tempo total para a realização do teste<sup>13</sup>.

Adicionalmente, foi aplicado um questionário de limitação funcional que avaliou a limitação de algumas atividades como sentar, levantar, andar, urinar, evacuar, realizar higiene íntima, tomar banho, alimentar-se, dormir e amamentar. A puérpera foi orientada a relatar "sim" se a função estava limitada pela dor, "não" se a função não estava limitada pela dor, e "não fiz" se a função não foi realizada<sup>14</sup>.

Os dados foram analisados através do programa BioEstat 5.0®. Para a análise descritiva dos dados, foram obtidas média, desvio-padrão, frequências absoluta e relativa. Foi verificada distribuição normal e, para comparação intergrupos, adotou-se o teste t independente para comparação de médias, qui-quadrado ou exato de Fisher para comparação de proporções. Considerou-se o nível de significância  $p \leq 0,05$  em todas as análises.

## Resultados

Foram selecionadas 119 primíparas, sendo 13 excluídas (recém-nascido pré-termo:  $n=2$ , falta de informação na ficha de dados:  $n=1$  e idade < 18 anos:  $n=10$ ). Das 106 puérperas incluídas, 53 realizaram parto vaginal e 53 cesariana. A média de idade e o índice de massa corporal (IMC) no grupo cesariana foi significativamente maior, a idade gestacional foi a termo em ambos os grupos,

a maioria das puérperas vivia em união estável, eram do lar e de cor parda. A maioria daquelas submetidas à cesariana tinha ensino médio completo ( $p < 0,049$ ). O traumatismo perineal mais frequente foi a episiotomia (69,81%) (Tabela 1).

**Tabela 1: Características pessoais e obstétricas das puérperas após o parto vaginal**

Características	Parto vaginal (n=53) média±DP	Cesariana (n=53) média±DP	p
Idade (anos)	22,00 ± 4,14	24,60 ± 5,01	0,002*
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	26,75 ± 5,47	29,41 ± 7,08	0,010*
Idade gestacional (semanas)	39,11 ± 0,93	39,22 ± 0,86	0,642
Trauma perineal	n (%)		
Episiotomia	37 (69,81)		
Laceração	14 (26,42)		
Sem trauma	2 (3,77)		

Legenda: IMC = Índice de massa corpórea. n = número. \*Test t independente. \*\* Teste de qui-quadrado.  $p < 0,05$ .

Na caracterização da dor por meio da VC-QDM, os descritores mais relatados nos grupos de parto vaginal e cesariana foram “dolorida” 49(92,16%) e 49(92,16%), “dolorida à palpação” 49(92,46%) e 37(69,81%), “nauseante” 43(81,13%) e 39(73,59%), “cansativa” 26(49,05%) e 30(56,6%), “pressiona” 24(45,28%) e 37(68,81%), “fisgada” 29(54,71%) e 27(50,94%), “latejante” 22(41,50%) e 32(60,37%), respectivamente. Contudo, não foi encontrada diferença na maioria dos descritores, exceto na categoria sensitiva, na qual as puérperas de parto vaginal relataram “dolorida à palpação” e “cortante” na região perineal, com intensidade severa em 24(45,28%) e 8(15,09%) casos, respectivamente.

Na avaliação de intensidade da dor pela EVA, o grupo de parto vaginal apresentou  $5,54 \pm 1,89$  e o grupo cesariana  $5,54 \pm 1,90$ , não sendo encontrada diferença intergrupos. A maioria considerou a intensidade da dor presente como desconfortante entre aquelas de parto vaginal e angustiante naquelas submetidas à cesariana ( $p < 0,001$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2: Intensidade da dor presente da versão curta do questionário de dor McGuiil (VC-QDM)**

Intensidade da dor	Parto vaginal (n=53) n (%)	Cesariana (n=53) n (%)	p
Sem dor	9 (16,98)	9 (16,98)	
Leve	15 (28,30)	16 (30,85)	
Desconfortante	28 (52,83)	19 (35,85)	0,001*
Angustiante	0	7 (13,21)	
Terrível	1 (1,89)	2 (3,77)	
Excruciante	0	0	

Legenda: n = número. Valores expressos em porcentagem. Teste de qui-quadrado. \* $p < 0,05$ .

O grupo de parto vaginal apresentou mobilidade para flexão anterior e rotação do tronco à direita e à esquerda significativamente maior que no grupo parto cesariana, bem como menor intensidade de dor para realizar os movimentos (Tabela 3).

**Tabela 3: Comparação da amplitude de movimento (ADM) e intensidade da dor avaliada pela escala de categoria numérica (0-10)**

ADM	Parto vaginal (n= 53)	Cesariana (n= 53)	p
Flexão anterior do tronco	72,41 ± 14,84	56,83 ± 18,98	< 0,001*
Escala numérica	2,33 ± 3,36	4,33 ± 3,11	0,002*
Rotação do tronco à D	46,47 ± 19,34	36,28 ± 19,06	0,007*
Escala numérica	3,56 ± 3,42	5,15 ± 3,17	0,015*
Rotação do tronco à E	51,13 ± 19,77	33,03 ± 18,45	< 0,001*
Escala numérica	2,75 ± 3,55	5,73 ± 2,75	< 0,001*

Legenda: D = direita e E = esquerda. Valores expressos em média ± desvio padrão. Test t independente. \* $p < 0,05$ .

Na avaliação do desempenho funcional, verificou-se que o grupo cesariana apresentou duração de tempo significativamente superior para realizar todas as atividades/fases do TUG quando comparado ao grupo parto vaginal. Estas mulheres levaram mais tempo no total ( $p = 0,001$ ) e apresentaram maior intensidade de dor no andar 3 m ( $p = 0,034$ ) e no voltar ( $p = 0,026$ ) (Tabela 4).

**Tabela 4: Comparação do desempenho funcional pelo teste timed up and go (TUG) e a intensidade da dor, avaliada pela escala de categoria numérica (0-10).**

TUG	Parto vaginal (n=53)	Cesariana (n=53)	p
Levantar da cadeira (segundos)	2,20 ± 1,58	3,94 ± 2,83	<0,001*
Escala numérica	4,43 ± 3,31	5,35 ± 2,74	0,137
Andar 3 m (segundos)	7,56 ± 2,98	9,88 ± 3,99	0,001*
Escala numérica	2,90 ± 3,09	4,20 ± 3,08	0,034*
Voltar (segundos)	6,88 ± 2,51	10,01 ± 5,17	0,002*
Escala numérica	2,54 ± 3,08	3,92 ± 3,14	0,026*
Sentar na cadeira (segundos)	3,83 ± 2,41	4,98 ± 2,89	0,025*
Escala numérica	5,84 ± 3,12	5,52 ± 2,97	0,503
Tempo total	22,00 ± 8,03	27,92 ± 11,11	0,001*

Legenda: Valores expressos em média ± desvio padrão. Test t independente. \*p<0,05.

A limitação funcional esteve presente em ambos os grupos, principalmente nas atividades de sentar, levantar, andar, deitar, micção e amamentar. Contudo, foi encontrada diferença significativa intergrupos apenas na micção e na evacuação (Tabela 5).

## Discussão

Após o parto vaginal, encontraram-se relatos de dor “dolorida à palpação” e “cortante” com intensidade severa e IDP desconfortante. Após a cesariana, a ADM de flexão e rotações do tronco foram menores e com maior intensidade de dor e, no desempenho funcional levaram mais tempo na realização do teste TUG. Contudo, em ambos os grupos, encontrou-se alguma limitação funcional. Embora com queixa de dor, restrição da ADM e limitações funcionais, as puérperas avaliadas estavam dentro do habitual de recuperação, apresentando-se hígdas<sup>15,16</sup>.

Talvez, pelo fato da episiotomia ter sido realizada em 69,81%, seguido de 26,42% de laceração perineal, os descritores mais frequentemente referidos após o parto vaginal foram

**Tabela 5: Comparação da limitação funcional relatada pelas puérperas por meio do questionário de limitação funcional**

Atividades	Parto vaginal (n=53) n (%)	Cesariana (n=53) n (%)	p
Sentar	Sim 48 (90,57)	46 (86,79)	0,822
Levantar	Sim 45 (84,91)	50 (94,34)	0,269
Andar	Sim 31 (58,49)	39 (73,58)	0,258
Deitar	Sim 44 (83,02)	47 (88,68)	0,703
Micção	Sim 27 (50,94)	24 (45,28)	
	Não fiz 1 (1,89)	11 (20,75)	0,003*
Evacuação	Sim 0	0	
	Não fiz 51 (96,23)	53 (100)	0,001*
Tomar banho	Sim 20 (37,74)	19 (35,85)	
	Não fiz 1 (1,89)	1 (1,89)	0,979
Higiene íntima	Sim 23 (43,40)	25 (47,17)	
	Não fiz 6 (11,32)	4 (7,55)	0,784
Alimentar	Sim 23 (43,40)	15 (28,30)	
	Não fiz 1 (1,89)	0	0,116
Dormir	Sim 20 (37,74)	29 (54,72)	
	Não fiz 3 (5,66)	1 (1,89)	0,162
Amamentar	Sim 29 (54,72)	29 (54,72)	
	Não fiz 1 (1,89)	2 (3,77)	0,834

Legenda: n= número. Valores expressos em porcentagem. Teste de qui-quadrado. \*p<0,05.

“dolorida à palpação” e “cortante” no VC-QDM. Taxas semelhantes de episiotomia que variam de 46,7% a 75,4% e de laceração de 24,6% a 37,5% são encontradas na literatura<sup>3,17</sup>. Além disso, as puérperas de parto vaginal nem sempre recebem procedimentos anestésicos durante o parto, o que pode justificar tais características com intensidade severa no puerpério imediato.

Nos estudos de Akbarzade et al.<sup>18</sup> e Mathias et al.<sup>19</sup>, que investigaram a intensidade da dor perineal no pós-parto com o QDM, a maioria das puérperas referiu a categoria sensível, mas não relataram os descritores mais escolhidos. Outros estudos<sup>7,20</sup> que avaliaram a dor perineal também em primíparas no pós-parto vaginal com episiotomia, encontraram mais frequentemente os descritores: “dolorida”, “que repuxa”, “incomoda”, “chata”, “ardida”, “pica como uma agulhada”, “latejante”, “em pressão”. Considerando primíparas e multíparas após a



cesariana, Sousa et al.<sup>14</sup>, relatam que os descritores mais frequentes foram “incômoda”, “que prende”, “que repuxa”, “chata”, “cólica”, “dolorida”, “castigante” e “espalha em círculos”.

Cabe destacar que alguns autores<sup>14,20</sup> relatam que, às vezes, as puérperas apresentam dificuldade de compreensão de certas palavras do QDM, independente da escolaridade, achando-o cansativo e extenso. Sendo assim, o fato delas geralmente apresentarem-se cansadas pelo trabalho de parto e com a atenção voltada para o filho, pode interferir nas respostas.

Contudo, a intensidade da dor foi predominantemente moderada e similar entre os grupos. Resultados consoantes foram observados incluindo primíparas e múltiparas no pós-parto vaginal<sup>17,21</sup> e após a cesariana<sup>22</sup>. Já os escores da IDP do VC-QDM indicaram que a maioria considerou a dor presente como desconfortável no grupo de parto vaginal e angustiante após a cesariana ( $p < 0,001$ ). Isso pode ser devido à episiorrafia, pois a sutura de mucosa e tecidos adjacentes podem gerar desconforto nas puérperas de parto vaginal<sup>17</sup>, enquanto que a cesariana, por ser uma cirurgia considerada de médio para grande porte, com suturas de várias camadas de tecido e uterorráfia<sup>5</sup>, parece gerar uma dor angustiante no pós-parto.

Vale ressaltar que, nesta maternidade, os medicamentos para o alívio da dor não são padronizados e são prescritos conforme a sua disponibilidade. Dipirona sódica e diclofenaco sódico são os analgésicos geralmente usados por via oral pelas puérperas de parto vaginal, que são administrados a cada 6 horas e 8 horas respectivamente, se necessário. Enquanto para as cesarianas, nas primeiras 24 horas, é administrado dipirona sódica por via intravenosa e, após este tempo, passa a usar os mesmos medicamentos prescritos para as puérperas de parto vaginal. Outros autores observaram que mesmo as puérperas que receberam medicamentos para o alívio da dor, apresentaram dor moderada, o que sugere que eles não foram suficientes para a analgesia<sup>2,14,20</sup>.

Foram mensuradas a ADM da flexão anterior e rotação do tronco por serem os movimentos comumente realizados pelas puérperas para sentar e levantar do leito para realizar tais atividades. No entanto, o grupo cesariana apresentou menor ADM e maior intensidade de dor na realização destes movimentos. Acredita-se que isto possa estar relacionado à presença da incisão abdominal, que causa dor e dificulta a movimentação da puérpera<sup>22</sup>. Cabe ressaltar que a técnica de incisão geralmente utilizada em cesáreas na maternidade é a Pfannestiel associada à histerectomia segmentar transversa, o que talvez possa justificar a dor e a limitação da ADM, visto que é necessária uma incisão na pele, gordura, músculos, peritônio e, finalmente, útero<sup>23</sup>.

Acredita-se que, durante a avaliação do desempenho funcional, tais atividades estavam mais limitadas após a cesariana, pelo fato de terem apresentado maior restrição da ADM e maior intensidade de dor também avaliada na ADM. Mais uma vez, a cicatriz da cesárea, o medo e a dor para se movimentar podem interferir negativamente nas atividades que exigem deambulação ou deslocamento<sup>14,24</sup>. Sousa et al.<sup>14</sup>, considerando apenas a cesariana, observou que a intensidade da dor foi moderada durante o levantar, ao caminhar e ao sentar, porém não utilizou o TUG como instrumento de avaliação. É importante destacar que o TUG permite avaliar e quantificar o desempenho funcional por meio de habilidades básicas de mobilidade, além de ser um teste fácil e de baixo custo<sup>13</sup>.

Assim, em um aspecto geral, a recuperação física após a cesárea parece ser mais comprometida e demorada. Em um estudo envolvendo 30 puérperas primíparas de cesariana, foi observado que entre 24 e 48 horas pós-parto, as puérperas relataram dor em atividades simples como subir/descer da cama, no posicionamento e movimentos. Além disso, os autores concluíram que a dor é multidimensional e tem sido descrita com palavras indicativas de dor nociceptiva e neuropática, visto que os nervos periféricos são danificados pela incisão da cesariana<sup>6</sup>.

Entretanto, foi encontrada diferença intergrupos apenas na micção e evacuação, pois nem todas puérperas após a cesariana realizaram estas atividades que, normalmente pelos efeitos da anestesia e pela utilização de sonda uretral<sup>25</sup>, são atividades realizadas num período posterior ao momento que foram entrevistadas. Considerando as puérperas primíparas (41,7%) e múltíparas (58,3%) após a cesariana, Sousa et al.<sup>14</sup> identificaram que todas referiram limitação para sentar e levantar e 75% apresentou limitação para andar, porém não identificaram se houve diferença de acordo com a paridade. Outros estudos nacionais também investigaram as limitações no puerpério imediato em primíparas com episiotomia e encontraram que sentar, deitar e levantar foram as atividades mais limitantes<sup>7</sup>. Em um aspecto geral, o uso deste questionário mostrou-se útil para detectar algumas limitações na prática clínica, porém o mesmo não é validado e é baseado em relatos, não sendo possível quantificar tais limitações.

Neste estudo, todas puérperas eram primíparas e, portanto, pela primeira vez passaram por um parto e pós-parto. Assim, estas mulheres não têm experiências anteriores relacionadas ao parto e puerpério, mas a experiência dolorosa atual também pode ser influenciada por experiências anteriores de qualquer natureza<sup>7</sup>. No entanto, o presente estudo apresenta algumas limitações como o tamanho amostral, ausência de registro do tempo de trabalho de parto, desconhecimento dos procedimentos anestésicos utilizados durante o parto e tempo do consumo de analgésicos no pós-parto.

Diante do encontrado, no puerpério a presença de dor torna-se um fator limitante à mobilidade da puérpera e pode interferir no autocuidado e na atenção ao recém-nascido. Os resultados deste estudo permitem identificar que é necessário um maior acolhimento e escuta das queixas das puérperas, valorização da sua percepção e opinião para todos envolvidos na assistência humanizada no processo do nascimento e pós-parto. Além disso, respeitando o processo fisiológico de recuperação do corpo

da mulher, observa-se a importância de estratégias de avaliação para melhorar o desempenho e funcionalidade materna, pois é importante a mulher sentir-se apta a cuidar de si, amamentar, cuidar do recém-nascido e desempenhar seu papel na sociedade e na família.

## Conclusão

A maioria das puérperas referiu algum tipo de dor no puerpério como “dolorida”, “dolorida à palpação”, “nauseante”, “cansativa”, “pressiona”, “fisgada” e “latejante”, sendo que após o parto vaginal foi mais comum a dor como “dolorida à palpação” e “cortante” com intensidade severa. Após a cesariana, apresentaram significativamente menor ADM, maior intensidade de dor para realizar a flexão anterior e rotações do tronco e levaram mais tempo na realização das atividades do teste TUG, demonstrando um pior desempenho funcional. Contudo, a limitação funcional esteve presente após o parto vaginal e cesariana.

## Agradecimentos:

Apoio de fomento: Fundação de apoio à Pesquisa e à inovação Tecnológica do Estado de Sergipe (FAPITEC)/ PPSUS 2013.

## Referências

1. Marra C, Pozzi I, Ceppi L, Sicuri M, Veneziano F, Regalia AL. Wrist- ankle acupuncture as perineal pain relief after mediolateral episiotomy: a pilot study. *J Altern Complement Med*. 2011;17(3):239-41.
2. Fairbanks AJH, Lauria MR, Mackenzie T, McCarthy M. Intensity and unpleasantness of pain following vaginal and cesarean delivery: a prospective evaluation. *BIRTH*. 2013;40(2):125-133.
3. Francisco AA, Kinjo MM, Bosco CS, Silva RL, Mendes EPB, Oliveira SMJV. Associação entre trauma perineal e dor em primíparas. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(1):40-5.

4. Riesco MLG, Costa ASC, Almeida SFS, Basile ALO, Oliveira SMJV. Episiotomia, laceração e integridade perineal em parto normais: análise de fatores associados. *Rev Enferm UERJ*. 2011;19(1):77-83.
5. Sell SE, Beresford PC, Dias HHZR, Garcia ORZ, Santos EKA. Olhares e saberes: Vivências de puérperas e equipe de enfermagem frente à dor pós-cesariana. *Texto Contexto Enferm*. 2012;21(4):766-74.
6. Chin EG, Vincent C, Wilkie D. A comprehensive description of postpartum pain after cesarean. *JOGNN*. 2014;43(1):729-41.
7. Beleza ACS, Ferreira CHJ, Sousa L, Nakano AMS. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(2):264-8.
8. Lima LEA, Lima ASO, Rocha CM, Santos GF, Bezerra AJR, Hazime FA, et al. Estimulação elétrica nervosa transcutânea de alta e baixa frequência na intensidade da dor pós-cesárea. *Fisioter Pesq*. 2014;21(3):243-8.
9. Melzack R. The short-form McGill pain questionnaire. *Pain*. 1986;30(2):191-7.
10. Lima LAO, Gomes S, Goulart F, Dias RC. Estudo da confiabilidade de um instrumento de medida de flexibilidade em adultos e idosos. *Rev Fisioter Univ São Paulo*. 2004;11(2):83-9.
11. Monteiro GA. Avaliação da flexibilidade. São Bernardo dos Campos:SP; 2011. p. 57-60.
12. Hartrick CT, Kovan JP, Shapiro S. The numeric rating scale for clinical pain measurement: a ratio measure? *Pain Pract*. 2003;3(4):310-6.
13. Podsiadlo D, Richardson S. The time "up & go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39(2):142-8.
14. Sousa L, Pitangui ACR, Gomes FA, Nakano AMS, Ferreira CHJ. Mensuração e características de dor após cesárea e sua relação com limitação de atividades. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(6):741-7.
15. Romano M, Cacclatore A, Glordano R, Rosa BL. Postpartum period: three distinct but continuous phases. *J Perinat Med*. 2010;4(2):22-5.
16. Atalah SE, Castillo CL, Castro RS. Propuesta de um nuevo estandar de evaluación nutricional en embarazadas. *Rev Med Chile*. 1997;125(12):1429-36.
17. Francisco AA, oliveira SMJV, Santos JO, Silva FMB. Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(2):94-100.
18. Akbarzade M, Ghaemmaghami M, Yazdanpanahi Z, Zare N, Mohagheghzadeh A, Azizi A. Comparison of the effect of dry cupping therapy and acupressure at bl23 point on intensity of postpartum perineal pain based on the short form of McGill pain questionnaire. *J Reprod Infertil*. 2016;17(1):39-46.
19. Mathias AERA, Pitangui ACR, Vasconcelos AMA, Silva SS, Rodrigues OS, Dias TG. Mensuração da dor perineal no pós-parto vaginal imediato. *Rev Dor*. 2015;16(4):267-71.
20. Pitangui ACR, Sousa L, Gomes FA, Ferreira CHJ, Nakano MAS. High-frequency TENS in post-episiotomy pain relief in primiparous puerpere: A randomized,controlled Trial. *J Obstet Gynaecol Res*. 2012;38(7):980-7.
21. East CE, Sherburn M, Nagle C, Said J, Forster D. Perineal pain following childbirth: prevalence, effects on postnatal recovery and analgesia usage. *J Midwifery*. 2012;28(1):93-7.
22. Alves SEM, Rabêlo TN, Santos MGR, Souza IG, Lima PAL, Santana LS. Eletroestimulação nervosa transcutânea para analgesia pós-operatória em cesariana. *Rev Dor*. 2015;16(4):263-6.
23. Gizzo S, Andrisani A, Noventa M, DiGangi S, Quaranta M, Cosmi E, et al. Cesarean section: could different transverse a incision techniques influence postpartum pain and subsequent quality of life? *PLoS One*. 2015;10(2):1-12.
24. Karlstrom A, Engstrom R, Nystedt A, Sjoling M, Hildingsson I. Women's postoperative experiences before and after the introduction of spinal opioids in anaesthesia for caesarean section. *J Clin Nurs*. 2010;19:1326-34.
25. Karakaya IÇ, Yurksel I, Akbayrak T, Demirturk F, Karakaya MG, Ozyyncu O, et al. Effects of physiotherapy on pain and functional activities after cesarean delivery. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;285(3):621-7.

