

Perceived pain and stress in post-vaginal delivery women

Dor e estresse percebido em mulheres no pós-parto vaginal

Sara Gallert Sperling¹, Arlete Regina Roman¹, Joseila Sonego Gomes¹, Monique Pereira Portella², Rosane Maria Kirchner³, Eniva Miladi Fernandes Stumm¹

DOI 10.5935/1806-0013.20160091

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Prenatal follow-up by nurses qualifies the assistance and is the moment when women's questions are answered, pain and stress are evaluated and relaxation methods during labor are explained, among other aspects. So, this study aimed at measuring referred pain and perceived stress of post-vaginal delivery women.

METHODS: This is a descriptive, analytical, observational and cross-sectional study carried out in a hospital Obstetric Unit with 40 post-partum women using short-form McGill Pain Questionnaire and Perceived Stress Scale.

RESULTS: Thirty-five percent of respondents, mean age of 25 years, were having their second baby and had term gestation, with mild pain; 27.5% had moderate pain and 22.5% moderate pain. Mean "sensory" pain estimate index was 6.60. Questions 3 (have you been nervous or stressed), 6 (believed she was unable to deal with all the things she had to do) and 9 (has been angry due to things beyond her control), had the highest means.

CONCLUSION: Post-partum women refer pain and have post-vaginal delivery stress, thus the importance of evaluating such symptoms and of preparing women to cope with pain and stress during this period.

Keywords: Nursing, Pain, Puerperium, Stress, Vaginal delivery.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O acompanhamento pré-natal pelo enfermeiro qualifica a assistência, momento em que esclarecem dúvidas da mulher, avalia dor, estresse, orienta sobre métodos de relaxamento durante o trabalho de parto, dentre outros aspectos. Assim, o objetivo deste estudo foi mensurar a dor referida e o estresse percebido por mulheres no pós-parto vaginal.

MÉTODOS: Estudo descritivo, analítico, observacional, transversal, realizado em uma Unidade Obstétrica hospitalar, com 40 puérperas, com utilização do Questionário McGill de Dor, forma reduzida e a Escala de Estresse Percebido.

RESULTADOS: Trinta e cinco por cento das entrevistadas, que tinham idade média de 25 anos, eram secundíparas e tiveram gestações a termo e apresentaram dor leve; 27,5% dor intensa e 22,5% dor moderada. O índice de estimativa de dor "Sensorial" teve média de 6,60. As questões 3 (esteve nervoso ou estressado), 6 (achou que não conseguiria lidar com todas as coisas que tinha por fazer) e 9 (esteve bravo por causa de coisas que estiveram fora de seu controle), apresentaram as maiores médias.

CONCLUSÃO: As puérperas referem dor e vivenciam o estresse no pós-parto vaginal, daí a importância de avaliá-los e de preparar a mulher para o enfrentamento da dor e do estresse neste período.

Descritores: Dor, Enfermagem, Estresse, Parto normal, Puerpério.

INTRODUÇÃO

Gestação, parto e puerpério são períodos de transição na vida da mulher, marcados por expectativas, dúvidas, ansiedades e medos¹, decorrentes das experiências e vivências da mulher e familiares. Esses períodos, além de serem acontecimentos biológicos, também são processos sociais que representam valores culturais de uma sociedade².

A representação social sobre o parto ainda é identificada como uma etapa dolorosa, e a resposta comportamental é influenciada pela perspectiva emocional e ambiental e pelos determinantes socioculturais que podem interferir no modo como a parturiente sente e interpreta o processo de parto³. O Ministério da Saúde tem continuamente criado e coordenado programas de atenção ao parto e ações direcionadas à atenção integral e humanizada à saúde da mulher e do bebê, incentivando o uso de mecanismos para diminuir a dor no decurso do parto natural e proporcionar condições de tolerância à dor e ao desconforto^{4,5}. Considerada uma experiência negativa, a dor é sensorial ou emocional, associada a lesão real ou potencial dos tecidos, com consequências físicas e emocionais, que resultam em ansiedade e incapacidades temporárias ou permanentes. Por ter caráter subjetivo e multidimensional⁶, o modo pelo qual o indivíduo sente a dor pode ter influência de fatores tais como condições socioeconômicas, contexto cultural, memória, expectativas e emoções, estratégias de enfrentamento, entre outras. Portanto, a experiência da sensação dolorosa é única para cada sujeito que a experimenta.

Aspectos que podem interferir na dor no pós-parto são as modificações fisiológicas decorrentes da experiência do parto e procedimentos cirúrgicos, como a episiotomia, que podem trazer dificuldades para a mulher no pós-parto⁷. Nesse sentido, a falta de informações sobre o processo de parto interfere na avaliação da mulher e família.

1. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Departamento de Ciências da Vida, Enfermagem, Ijuí, RS, Brasil.

2. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Graduanda do Curso de Enfermagem, Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/FAPERGS, Ijuí, RS, Brasil.

3. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

Apresentado em 12 de junho de 2016.

Aceito para publicação em 28 de outubro de 2016.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Rua do Comércio, 3000 – Universitário

98700-000 Ijuí, RS, Brasil.

E-mail: sarag.sperling@yahoo.com.br

res e pode contribuir para o desencadeamento de estresse e aumento da sensação dolorosa⁸.

O estresse é um conjunto de respostas que o organismo emite para reagir frente a algo que o despertou. O organismo, ao ser exposto constantemente a estressores, dispende mais energia e esse processo pode ser entendido como resposta fisiológica, psicológica e comportamental de um indivíduo que procura se adequar e se ajustar às demandas internas e/ou externas⁸. A partir do conhecimento das repercussões da dor e do estresse no período puerperal, é possível a implementação de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor pela equipe de saúde e dessa forma qualificar a assistência à mulher no processo de parto⁹.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi avaliar a dor e o estresse da mulher no pós-parto vaginal.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, analítico, observacional, transversal, realizado na maternidade de um Hospital Porte IV da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. A amostra foi de conveniência e constituída por 40 puérperas que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa. Ressalta-se que duas puérperas não os atenderam e, portanto, foram excluídas. Os critérios de inclusão elencados foram: estar internada na maternidade em pós-parto vaginal, referir ou apresentar sinais de dor nas últimas 24 horas, ser maior de 18 anos e aceitar participar do estudo. Os critérios de exclusão foram: mulher com dificuldades de compreensão das questões contidas nos instrumentos de coleta de dados.

A coleta dos dados foi realizada no período de abril a agosto de 2014. Ao concordarem em participar, foram orientadas a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para a coleta de dados, utilizou-se um formulário de caracterização e dados sócio-demográficos, informações obstétricas e consulta aos prontuários das pacientes. Com o objetivo de mensurar a dor e o estresse de mulheres no pós-parto vaginal, foram utilizados o Questionário McGill de Dor (forma reduzida) e a Escala de Estresse Percebido (PSS-10). O Questionário McGill de Dor se refere à avaliação da dor percebida nas últimas 24 horas e no momento de sua aplicação. Compreende quatro partes: Índice de Estimativa de Dor Sensorial (PRI-S), Índice de Estimativa de Dor Afetiva (PRI-A), Intensidade de Dor Presente (PPI) e Avaliação Global da Experiência de Dor. O PRI-S é composto por 11 descritores da experiência de dor sensorial e o PRI-A por quatro descritores da experiência de dor afetiva. Cada descritor possui indicadores referentes à intensidade da dor e valores de 0 a 3: (0) nenhuma; (1) leve; (2) moderada; e (3) intensa. O PPI é composto por uma escala analógica visual (EAV), na qual o paciente é convidado a marcar com um traço perpendicular ao longo da linha horizontal, que varia numericamente de 0 a 10cm, com a finalidade de indicar a intensidade da dor sentida no momento da aplicação do questionário, sendo zero ausência de dor e 10 a maior dor imaginável. O Questionário McGill avalia a dor em três dimensões: sensitiva, afetiva e avaliativa e é baseado em palavras que os pacientes selecionam para descrever sua própria dor.

A dimensão sensorial inclui palavras que descrevem a qualidade da experiência de dor em termos de propriedades temporais, espaciais, pressão térmica e outras similares. A dimensão afetiva inclui palavras

que descrevem a qualidade da experiência de dor em termos de tensão, medo, receio e propriedades autonômicas, parte da experiência de dor. As palavras incluídas na dimensão avaliativa descrevem a estimativa subjetiva global da intensidade da dor.

A PSS-10 mensura o grau em que as situações na vida são avaliadas como estressantes¹⁰. É composta por 10 itens de múltipla escolha referentes à frequência com que a pessoa percebe determinadas situações, com opções de resposta que variam de 1 a 5: (1) nunca; (2) quase nunca; (3) às vezes; (4) quase sempre e (5) sempre. As questões com notação positiva (4, 5, 7, 8) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira: 1=4, 2=3, 3=2, 4=1, 5=0. As demais questões são negativas e devem ser somadas diretamente. O total da escala é a soma das pontuações dessas 10 questões. Os escores podem variar de 0 a 40 e, quanto maiores os escores, maior o estresse.

Análise estatística

Os dados foram armazenados e organizados em uma planilha eletrônica, no programa *Excel for Windows Office* (2007) e, posteriormente, analisados eletronicamente, como uso de estatística descritiva, com auxílio do *software* estatístico SPSS®, versão 17.0.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas com seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética da UNIJUÍ, Parecer Consubstanciado n. 427.613/2014.

RESULTADOS

As puérperas participantes do estudo apresentaram idade média de 25,55±6,36 anos, variando de 18 a 39 anos ou mais. Mais da metade delas (52,5%) se encontrava na faixa etária de 18 a 25 anos. Quanto à escolaridade, predominou ensino médio completo (32,5%) e ensino fundamental incompleto (25,0%). Em relação à situação conjugal, 52,5% das puérperas encontrava-se em união estável, 32,5% casadas. O predomínio de local de residência foi o município da unidade hospitalar pesquisada (82,5%) (Tabela 1).

Os dados clínicos das puérperas pesquisadas mostraram que 40,0% tiveram uma gestação anterior, e 37,5% nenhuma. Quanto ao número

Tabela 1. Características socioeconômicas e demográficas de mulheres em pós-parto vaginal de uma Unidade Obstétrica da Região Noroeste do Rio Grande do Sul, RS, 2014

Características	n	%
Idade (anos)		
18 --- 25	21	52,5
25 --- 32	13	32,5
32 --- 39	5	12,5
39 ou mais	1	2,5
Média ± DP (Mínimo; Máximo)	25,55±6,36	(18;46)
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	10	25,0
Ensino fundamental completo	8	20,0
Ensino médio incompleto	8	20,0
Ensino médio completo	13	32,5
Graduação	1	2,5
Situação conjugal		
União estável	21	52,5
Casada	13	32,5
Solteira	6	15,0

Tabela 2. Dados clínicos de mulheres em pós-parto vaginal de uma Unidade Obstétrica da Região Noroeste do Rio Grande do Sul, RS, 2014

Dados clínicos	n	%
Número de gestações anteriores		
Nenhuma	15	37,5
Uma	16	40,0
Duas	5	12,5
Três	1	2,5
Mais de quatro	3	7,5
Partos vaginais anteriores		
Um	16	64,0
Dois	3	12,0
Mais de três	3	12,0
Cesarianas anteriores		
Uma	3	12,00
Semanas de gestação		
Abaixo de 36	5	12,5
37 a 42	35	87,5
Realizou acompanhamento pré-natal		
Sim	40	100,0
Local (Sistema Único de Saúde)	34	85,0
Outros	6	15,0

de partos vaginais e cesarianas anteriores, 64,0% tiveram parto vaginal e 12,0% cesariana. No que se refere às semanas de gestação em que o parto foi realizado, 87,5% tiveram seus partos resultantes de gestações a termo (37 a 42 semanas). Todas as puérperas realizaram o pré-natal e 85,0% pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Tabela 2).

Na Avaliação da Intensidade da Dor, com o Questionário McGill de Dor forma reduzida, identificou-se que 35,0% apresentaram dor leve, 27,5% intensa e 22,5% moderada. Na avaliação global da experiência da dor, 40,0% tiveram dor desconfortável, 30,0% nenhuma dor e 25,0% dor leve. A avaliação global da intensidade da experiência dolorosa apresentou resultados idênticos à avaliação da intensidade da dor (Tabela 3).

Quanto aos índices de estimativa de dor, o índice de dor "Sensorial" apresentou média de 6,60, e o índice de dor "Afetiva" 1,55 (Tabela 4). Em relação aos resultados da aplicação da Escala de Estresse Percebido (PSS-10), as puérperas foram instigadas a refletir sobre os seus últimos 30 dias para responder às 10 questões da mesma, cientes da proporção de escores e nível de estresse. As questões de número 3 (Esteve nervoso ou estressado), de número 6 (Achou que não conseguiria lidar com todas as coisas que tinha por fazer) e de número 9 (Esteve bravo por causa de coisas que estiveram fora de seu controle), todas negativas, apresentaram as maiores médias: (2,78), (2,10) e (2,50), respectivamente (Tabela 5).

Tabela 3. Avaliação da intensidade da dor de mulheres em pós-parto vaginal de uma Unidade Obstétrica da Região Noroeste do Rio Grande do Sul, RS, 2014

Instrumentos	Intensidade	n	%
PPI	Sem dor	6	15,0
	Dor leve	14	35,0
	Dor moderada	9	22,5
	Dor intensa	11	27,5
AGD	Nenhuma dor	12	30,0
	Leve	10	25,0
	Desconfortável	16	40,0
	Aflitiva	1	2,5
	Horrível	1	2,5
PPI-EAV	Martirizante	0	0
	Sem dor	6	15,0
	Dor leve	14	35,0
	Dor moderada	9	22,5
Total	Dor intensa	11	27,5
		40	100,0

PPI = Avaliação da intensidade da dor presente; AGD = Avaliação global da experiência da dor; PPI-EAV = Avaliação global da intensidade da experiência dolorosa pela escala analógica visual.

Tabela 4. Estatística descritiva dos índices computados da avaliação da dor das mulheres em pós-parto vaginal de uma Unidade Obstétrica da Região Noroeste do Rio Grande do Sul, RS, 2014

Índices de estimativa de dor	Li	Ls	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação (%)
Sensorial	0	19	6,60	4,49	68,09
Afetiva	0	7	1,55	1,91	123,03
Total	0	19	8,15	5,44	66,77

Pontuação: Índices De Estimativa de Dor Sensorial (de 0-33 pontos); Índices de Estimativa de Dor Afetiva (de 0-12 pontos); Índices De Estimativa de Dor Avaliativa (de 0-45 pontos), Li = limite inferior; Ls = limite superior.

Tabela 5. Medidas descritivas da Escala de Estresse Percebido em mulheres pós-parto vaginal de uma Unidade Obstétrica da Região Noroeste do Rio Grande do Sul. RS, 2014

Frequência (considerados os últimos 30 dias)	Média	Desvio padrão	CV (%)
1-Ficou aborrecido por causa de algo que aconteceu inesperadamente	1,83	1,28	70,07
2-Sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida	1,43	1,28	89,74
3-Esteve nervoso ou estressado	2,78	1,31	47,22
4-Esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais	1,50	1,36	90,58
5-Sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava	1,78	1,44	81,18
6-Achou que não conseguiria lidar com todas as coisas que tinha por fazer	2,10	1,22	57,87
7-Foi capaz de controlar irritações na sua vida	1,73	1,30	75,40
8-Sentiu que todos os aspectos de sua vida estavam sob controle	1,50	1,18	78,45
9-Esteve bravo por causa de coisas que estiveram fora de seu controle	2,50	1,60	64,05
10-Sentiu que os problemas acumularam tanto que você não conseguiria resolvê-los	1,55	1,58	102,22

Escores: 0 = Nunca; 1 = Quase Nunca; 2 = Às Vezes; 3 = Pouco Frequente; 4= Muito Frequente. Escores reversos: questões 4, 5, 7, 8; CV = coeficiente de variação.

DISCUSSÃO

Com relação à caracterização das puérperas participantes do estudo, constatou-se que o maior índice foi de mulheres jovens, com ensino médio completo e situação conjugal estável. Esse resultado foi compatível com o de Leite et al.¹¹ que encontraram o maior percentual de puérperas jovens (54%), com ensino médio completo (32,8%), casadas ou que viviam com o parceiro (83,6%). Tal situação retrata menores riscos obstétricos já que condições socioeconômicas mais favoráveis e uma situação conjugal segura proporcionam apoio emocional e econômico para a mulher¹².

A partir dos dados obstétricos verificou-se que parte das puérperas eram secundíparas (40,0%) e primíparas (37,0%) e tiveram seus bebês com 38 semanas de gestação (27,5%). Pesquisa em um município do norte do estado do Rio Grande do Sul, sobre delineamento do perfil epidemiológico de puérperas e recém-nascidos, verificou que a maioria das mulheres (94,6%) teve seus bebês com 37 a 42 semanas¹³, período considerado como um nascimento a termo, resultados esses que vem ao encontro aos desta pesquisa.

Quanto ao resultado da avaliação da intensidade da dor, a maior ocorrência de dor moderada a intensa também foi compatível com os resultados de outros autores¹⁴. Nesse ínterim, o processo de dor envolvido na maior parte das mulheres é de caráter sensorial, uma vez que no pós-parto a dor pode ser decorrente das modificações fisiológicas e anatômicas que ocorrem principalmente nas regiões abdominal, perineal, muscular, articular, mamária e mamilos, nos membros superiores e na região dorsal¹⁵, além da dor e desconforto pela realização de procedimentos como episiotomia.

A episiotomia, pelas evidências científicas e já apontada pela OMS desde 1996, é um procedimento que não deveria ser rotineiro, porém, ocorre frequentemente. Em estudo recente, o autor traz em seus resultados que grande parte das puérperas submetidas a episiotomia tem relatado esse procedimento como um dos principais causadores de dor no pós-parto¹⁶, o que traz uma avaliação negativa, e pode ser considerado um fator estressor.

Em relação aos resultados da aplicação da PSS-10, entende-se que es-

ses níveis de estresse podem estar relacionados às situações vivenciadas pelas puérperas antes do parto. O parto é visto como algo que acompanha todo o processo de gestação e puerpério e nesse período emergem muitas expectativas na mulher. Com isso, após o nascimento do bebê, podem surgir lembranças e sentimentos nem sempre agradáveis⁸.

Os últimos 30 dias considerados pelas puérperas para responder às questões da PSS-10 podem se constituir em um período em que os acontecimentos da vida cotidiana são percebidos pela mulher com mais intensidade do que se grávida não estivesse, explicados pelas modificações decorrentes desse momento, onde um maior contato com a realidade do nascimento do bebê e com o da própria mulher é identificado. Os profissionais de saúde e a rede familiar e social devem considerar essas mudanças psicoemocionais e desenvolver um adequado apoio e cuidado a mulher.

Nesse contexto, a unidade hospitalar obstétrica deve oferecer a continuidade dos cuidados à puérpera através da preparação da equipe de atenção básica de saúde. Para que isso ocorra, é necessário que, no momento da alta, a maternidade entre em contato com a equipe de atenção básica à qual a mulher e seu bebê possuem vínculo, para que seja comunicado o retorno destes para casa¹².

O reconhecimento das alterações que ocorrem na mulher no ciclo gravídico puerperal deve constituir para a enfermagem a dimensão central da construção de uma linha de cuidado de atenção integral à mulher, em que escuta qualificada, interesse à mulher e sua família, cuidado baseado em evidências, são aspectos essenciais, aliados à avaliação da dor e do estresse.

CONCLUSÃO

As puérperas que integraram este estudo referiram dor e vivenciaram o estresse no pós-parto vaginal.

O acompanhamento no pré-natal pelo enfermeiro é importante e qualifica a assistência, momento em que pode esclarecer dúvidas da mulher, explicar sobre dor, investigar, proporcionar cuidados, orientar quanto aos estressores, depressão pós-parto, métodos de relaxamento durante o trabalho de parto, dentre outros aspectos.

REFERÊNCIAS

1. Castro MR, Ferreira DB, Menezes EO, Dornelas JS, Riesco ML, Schneck CA. Gestantes que participam da organização não governamental bem nascer: estudo descritivo. *Rev Enferm Cent Oeste Min*. 2013;3(3):851-62. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/enfermagem/resource/pt/bde-25569>>. Acesso em: 26 abr. 2014.
2. Lamy GO, Moreno BS. Assistência pré-natal e preparo para o parto. *Omnia Saúde*. 2013;10(2):19-35. Disponível em: <<http://www.fai.com.br/porta/ojs/index.php/omniasaude/article/viewFile/456/pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2014.
3. Pereira Rda R, Franco SC, Baldin N. [Pain and the protagonism of women in parturition]. *Rev Bras Anesthesiol*. 2011;61(3):376-88. Portuguese.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Pré-natal e puerpério: Assistência humanizada à mulher*. Brasília, 2002.
5. Nagahama EE, Santiago SM. Parto humanizado e tipo de parto: avaliação da assistência oferecida pelo Sistema Único de Saúde em cidade do sul do Brasil. *Rev Bras Saude Matern Infant*. 2011;11(4):415-25.
6. Lira MO, Carvalho MF. Dor aguda e relação de gênero: diferentes percepções em homens e mulheres. *Rev Rene*. 2013; 14(1):71-81.
7. Carvalho CC, Souza AS, Moraes Filho OB. [Prevalence and factors associated with practice of spsiotomy at a maternity school in Recife, Pernambuco, Brazil]. *Rev Assoc Med Bras*. 2010;56(3): 333-9. English, Portuguese.
8. Rodrigues OM, Schiavo RA. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2011;33(9):252-7.
9. Beleza AC, Ferreira CH, Sousa Ld, Nakano AM. [Measurement and characteristics of pain after episiotomy and its relationship with te activity limitations]. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(2):264-8. Portuguese.
10. Reis RS, Hino AA, Añez CR. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. *J Health Psychol*. 2010;15(1):107-14.
11. Leite FM, Barbosa TK, Mota JS, Nascimento LC, Amorim MH, Primo CC. Perfil socioeconômico e obstétrico de puérperas assistidas em uma maternidade filantrópica. *Cogitare Enferm*. 2013;18(2):344-50. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/32584/20700>>. Acesso em: 20 nov. 2014.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 318p.
13. Franciscatto LH, Pasqua MD, Tolotti GK, Rossetto C, Argent C, Pinheiro JM. Delimitação do Perfil Epidemiológico de puérperas e recém-nascidos. *Rev Enferm UFPE*. 2014;8(5):1149-50. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/5567/9011>>. Acesso em: 20 nov. 2014.
14. Ângelo RC, Sabino LF, Schwingel PA, Lima AP, Zambaldi CF, Cantilino A, et al. Dor e fatores associados em puérperas deprimidas e não-deprimidas. *Rev Dor*. 2014;15(2):100-6.
15. Martins AB, Ribeiro J, Soler ZA. Proposta de exercícios físicos no pós-parto: um enfoque na atuação do enfermeiro obstetra. *Invest Educ. Enferm*. 2011;29(1):40-6.
16. Silva AP, Barros G, Collaço VS, Santos EK. As percepções das puérperas sobre traumas perineais decorrentes do parto normal. *Rev Cientif. CENSUPEG*. 2013;(2):54-74. Disponível em: <<http://revistacientifica.censupep.com.br/ojs/index.php/RevistaCientificaCENSUPEG/article/view/115>>. Acesso em: 30 out. 2014.