

Intensidade de dor e desconfortos puerperais imediatos

Pain intensity and immediate puerperal discomforts

Thais do Amaral Tomasoni¹, Jordana Barbosa Silva², Thalita Cristina Wolff Bertotti¹, Jessica Perez¹, Raciele Ivandra Guarda Korelo¹, Rubneide Barreto Silva Gallo¹

DOI 10.5935/2595-0118.20200047

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: O puerpério imediato estende-se até o 10º dia após o parto, e este período é caracterizado pelo retorno do corpo da mulher ao estado pré-gravídico. Os objetivos deste estudo foram identificar a intensidade da dor e principais desconfortos relatados pelas mulheres no puerpério imediato e analisar a diferença dos desconfortos puerperais de acordo com a paridade e tipo de parto.

MÉTODOS: Participaram deste estudo 107 puérperas assistidas em uma maternidade pública. A dor e os desconfortos foram avaliados por meio da ficha de avaliação fisioterapêutica semiestruturada, e a intensidade da dor foi mensurada com a escala analógica visual. Os testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis foram aplicados para identificar diferenças no desconforto a partir do tipo de parto e paridade.

RESULTADOS: Dor em cólica relacionada à amamentação de intensidade $4,81 \pm 2,52$ foi referida por 55,14% das puérperas, dor perineal de intensidade $4,06 \pm 2,09$ foi referida por 30,84%, lombalgia de intensidade $4,38 \pm 2,09$ foi referida por 28,97%, dor nas mamas de intensidade $4,76 \pm 2,63$ foi referida por 23,36% e dor relacionada a cesariana de intensidade $5,21 \pm 2,01$ por 17,75%. Não foram encontradas diferenças significativas na intensidade da dor de acordo com a paridade. No entanto, foram encontradas diferenças significativas para intensidade da dor perineal e incisão da cesariana.

CONCLUSÃO: A intensidade da dor avaliada pela escala analógica visual foi classificada como moderada ou leve.

Descritores: Dor do parto, Período pós-parto, Saúde da mulher.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The immediate puerperium extends until the 10th day after delivery, and this period is characterized by the return of the woman's body to the pre-pregnancy state. The aims of the study were to identify pain intensity and the major discomforts reported by women in the immediate puerperium period and to analyze the difference in puerperal discomfort according to parity and type of delivery.

METHODS: The participants included 107 women attended in a public maternity ward. Pain and discomfort were assessed using the semi-structured physical therapy assessment form and pain intensity was measured using the visual analog scale (VAS). Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests were applied to identify differences in discomfort according to the type of parity and delivery.

RESULTS: Colic pain related to breastfeeding with 4.81 ± 2.52 intensity was reported by 55.14% of mothers in the puerperium, perineal pain with 4.06 ± 2.09 intensity by 30.84%, low back pain with 4.38 ± 2.09 intensity by 28.97%, breast pain with 4.76 ± 2.63 intensity by 23.36% and cesarean related pain with 5.21 ± 2.01 intensity was reported by 17.75% of mothers. No significant differences in pain intensity were found according to parity. However, significant differences were found for perineal pain intensity and cesarean section.

CONCLUSION: Pain intensity evaluated by the visual analog scale was classified as moderate or light.

Keywords: Labor pain, Postpartum period, Women's health.

INTRODUÇÃO

O período após o parto é denominado de puerpério e pode ser dividido em imediato – do 1º ao 10º dia, tardio – do 10º ao 45º dia e remoto – após o 45º dia. Nessa fase, ocorrem modificações locais e sistêmicas no corpo da mulher que acarretam o retorno do corpo e dos sistemas ao estado pré-gravídico¹. Durante o puerpério imediato, fazem-se presentes alguns desconfortos inerentes ao processo de parturição. A dor é o sintoma mais frequentemente relatado pelas puérperas e pode causar limitações de movimentos, de deambulação e mudanças de postura no leito², além de dificultar o vínculo entre a mãe e o recém-nascido (RN)³.

Por ser um fenômeno complexo e multifatorial, o tratamento da dor exige abordagem multiprofissional, visando melhor qualidade de vida a mulher⁴. Compreender e avaliar a dor possibilita não só sua melhor caracterização, mas também aproxima o fisioterapeuta do paciente, o que torna o profissional mais atento para entender

Thais do Amaral Tomasoni – <https://orcid.org/0000-0002-9296-0994>;

Jordana Barbosa da Silva – <https://orcid.org/0000-0001-9867-3788>;

Thalita Cristina Wolff Bertotti – <https://orcid.org/0000-0003-0123-6413>;

Jessica Perez – <https://orcid.org/0000-0001-7643-8920>;

Raciele Ivandra Guarda Korelo – <https://orcid.org/0000-0002-6754-098X>;

Rubneide Barreto Silva Gallo – <https://orcid.org/0000-0001-9953-0260>.

1. Universidade Federal do Paraná, Departamento de Prevenção e Reabilitação em Fisioterapia, Curitiba, PR, Brasil.

2. Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Fisioterapia, São Carlos, SP, Brasil.

Apresentado em 11 de dezembro de 2019.

Aceito para publicação em 15 de maio de 2020.

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

Endereço para correspondência:

Rubneide Barreto Silva Gallo

Av. Coronel Francisco Heráclito dos Santos, 210.

81531-980, Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: rubneidegallo@gmail.com

o significado da dor e suas repercussões. Entretanto, as atividades realizadas por profissionais de saúde durante o puerpério estão preferencialmente relacionadas ao RN e são escassas quando direcionadas ao autocuidado e a redução de desconfortos das puérperas⁵.

O Ministério da Saúde preconiza uma atenção qualificada e humanizada as mulheres durante o puerpério⁶. Contudo, a atuação profissional baseada no modelo biomédico e desconhecimento das queixas e complicações reais durante o puerpério contribuem para a desconformidade entre o modelo assistencial indicado e o encontrado nas instituições de saúde⁷. Por outro lado, há uma crescente demanda da abordagem fisioterapêutica na Saúde da Mulher, o que implica na assistência adequada e fundamentada durante todo o ciclo gravídico-puerperal. Desse modo, é importante conhecer o perfil de puérperas atendidas pelas fisioterapeutas em maternidades públicas, a fim de obter informações que direcionem melhor abordagem na avaliação e nas intervenções preventivas e fisioterapêuticas¹. Além disso, a atuação do fisioterapeuta é considerada auxiliar na melhora da assistência direcionada a puérpera⁸, desde a promoção e prevenção até a intervenção em saúde⁹.

Dessa forma, o objetivo primário deste estudo foi avaliar a intensidade da dor e os principais desconfortos relatados por mulheres no puerpério imediato. O objetivo secundário foi analisar a diferença dos desconfortos puerperais de acordo com a paridade e tipo de parto.

MÉTODOS

Estudo transversal realizado com 107 mulheres durante o puerpério imediato até 17h após o parto, no período de agosto de 2016 a maio de 2017.

Foram incluídas no estudo puérperas de risco habitual, assistidas no alojamento conjunto de uma maternidade pública, sem problemas cognitivos e que concordaram em participar da pesquisa após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Foram excluídas do estudo as participantes que desejaram suspender a participação na pesquisa, as que não completaram a ficha de avaliação ou que estavam com informações faltantes no prontuário, ou mulheres que estavam com complicações puerperais.

Um dos instrumentos utilizados nesta pesquisa foi um questionário semiestruturado elaborado pelas pesquisadoras, utilizado no atendimento fisioterapêutico, contendo perguntas sobre os dados pessoais e obstétricos das participantes, como parte da caracterização da amostra. Além disso, o instrumento foi constituído de perguntas relacionadas às queixas urinárias e intestinais durante a gestação. Em seguida, a participante foi indagada sobre a presença de desconfortos puerperais em membros superiores (MMSS), membros inferiores (MMII), tronco, incisão cesariana e região perineal, além da classificação dos desconfortos relacionados aos sintomas uroginecológicos, intestinais e circulatórios. Após confirmar a presença de dor, a participante deveria classificar a intensidade da dor pela escala analógica visual (EAV)¹⁰, que consiste em uma régua com 10cm de comprimento, numerada de zero a 10, na qual zero indica ausência total de dor e 10 pior dor imaginável. A intensidade da dor das participantes foi classificada em leve (1-3), moderada (4-6) e intensa (7-10).

Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital das Clínicas, conforme número 1.674.698, CAAE 56163616.8.0000.0096.

Análise estatística

Os dados foram processados no *software* SPSS, versão 21.0. As variáveis numéricas estão apresentadas em média±desvio padrão. As variáveis descritivas foram analisadas por meio de frequência (n) e porcentagem (%). Para realizar a análise da diferença, a normalidade dos dados foi analisada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Para analisar a diferença da intensidade da dor de acordo com a paridade, foi aplicado o teste de Mann-Whitney. As participantes foram alocadas em dois grupos: 1) primíparas; e 2) múltiparas. Para a análise de diferença de acordo com o tipo de parto, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis e *post-hoc* de Mann-Whitney, e as mulheres foram alocadas em 4 grupos diferentes, de acordo com o tipo de parto: a) com intervenção (episiotomia e/ou fórceps); b) laceração grau 1 ou 2; c) cesariana; d) normal. O valor de significância foi estabelecido em $p < 0,05$.

RESULTADOS

As participantes possuíam média de idade de 26±6,44 anos, em sua maioria múltiparas (58,9%), de raça branca (60,7%), com ensino médio completo (54,2%), ocupação remunerada (56,1%), com união estável (43,9%) e a maioria estava com acompanhante durante todo o trabalho de parto e pós-parto imediato (97,2%).

A média de idade gestacional em semanas foi de 39±1,16 com intervalo de confiança de 95% (IC95%) de 39 a 40 semanas, com número médio de consultas pré-natal de 9±3,0 e tempo de trabalho de parto de 486±334,7 minutos; IC95%: 3335-638,2). A maioria das puérperas teve parto vaginal (73,7%); 6,5% parto vaginal com episiotomia e/ou fórceps e uma participante teve laceração grau 3 após o parto (0,9%). A média de peso dos RNs foi de 3,19±0,4kg (IC95% 2,99-3,38). O índice de Apgar foi maior que sete no 1º minuto (77,6%) e no 5º minuto (82,2) dos RNs.

As puérperas relataram desconfortos relacionados a amamentação e ao intestino, além de desconfortos circulatórios, uroginecológicos e musculoesqueléticos (Tabela 1).

A média de todos os desconfortos relatados pelas puérperas e avaliados pela EAV foi classificada como moderada. Em análise individual da pontuação da EAV, a maioria das participantes classificou a dor da cesariana, dor nas mamas e lombalgia com intensidade moderada. Já a intensidade da dor perineal e das cólicas na amamentação foi classificada como leve, em sua maioria. Dentre as participantes, 18 (16,8%) consideraram como intensa a dor das cólicas durante a amamentação, 5 (4,7%) a dor na incisão da cesariana, dor perineal e lombalgia e 4 (3,7%) a dor nas mamas (Tabela 2).

A tabela 3 apresenta os valores da média e desvio padrão com base na classificação da intensidade dos desconfortos pelas puérperas e resultado da diferença da intensidade da dor de acordo com a paridade e tipo de parto. A intensidade da dor foi superior em mulheres que realizaram cesariana. Em ordem crescente, os principais desconfortos encontrados neste estudo foram: dor na cesariana, dor das cólicas durante a amamentação, dor nas ma-

Tabela 1. Desconfortos puerperais imediatos relatados pelas puérperas

	n (%)
Desconfortos na amamentação	
Dor nas mamas	25 (23,3)
Trauma mamilar	9 (8,3)
Cólica durante a amamentação	58 (55,1)
Desconfortos intestinais	
Diarreia	5 (4,7)
Constipação	8 (7,5)
Flatulência	16 (15)
Incontinência fecal	6 (5,6)
Constipação e flatulência	9 (8,4)
Desconfortos circulatórios	
Varizes	9 (8,4)
Hemorroida	3 (2,8)
Edema	18 (16,8)
Varizes e edema	4 (3,7)
Desconfortos urológicos	
IUE na gestação	31 (39,2)
IUE no puerpério	3 (3,1)
Desconfortos musculoesqueléticos	
Síndrome do túnel do Carpo	2 (1,8)
Lombalgia	31 (28,9)
Fraqueza de MMSS	7 (6,5)

IUE = incontinência urinária de esforço; MMSS = membros superiores.

mas, lombalgia e dor perineal. Não foram encontradas diferenças significativas para a intensidade da dor relatada pelas mulheres de acordo com a paridade entre primíparas e múltíparas. Também não foram encontradas diferenças significativas quando as mulheres foram comparadas de acordo com o tipo de parto para a intensidade da dor relatada nas mamas, nas cólicas durante amamentação e lombalgia. Contudo, foram encontradas diferenças significativas para intensidade da dor na incisão cesariana e dor perineal em mulheres com parto cesariano e vaginal com intervenção de episiotomia e/ou fórceps, parto vaginal com laceração e parto normal.

Vale destacar que as puérperas receberam como rotina hospitalar fármacos analgésicos de 6 em 6 horas durante o período de internação, como paracetamol e dipirona.

Tabela 3. Intensidade da dor durante o puerpério imediato

Variáveis	Média±DP	Valor de p*	Valor de p [#]
Incisão cesariana	5,21±2	0,38	0,00 ^{A,C,E}
Perineal	4,06±2,09	0,99	0,00 ^{B,D,F}
Mamas	4,76±2,63	0,73	0,59
Cólicas durante amamentação	4,81±2,52	0,21	0,86
Lombalgia	4,38±2,09	0,06	0,09

p* = p<0,05; teste de Mann-Whitney de acordo com a paridade; p[#] = p<0,05; teste de Kruskal-Wallis de acordo com o tipo de parto; *Post-hoc* (tipo de parto) = ^Ap<0,002 em relação grupo A (0) e C (3,80); ^Bp=0,02 em relação grupo A (2) e C (0); ^Cp<0,000 em relação grupo B (=0) e C (3,80); ^Dp<0,000 em relação grupo B (1,97) e C (0); ^Ep<0,000 em relação grupo C (3,80) e D (EAV=0); ^Fp<0,000 em relação grupo C (=0) e D (1,13).

DISCUSSÃO

Durante o puerpério imediato, a mulher passa por alterações físicas, psicológicas e sociais. Ainda no ambiente hospitalar, a puérpera apresenta algumas queixas relacionadas ao puerpério, como dores, insegurança e medo. As complicações do pós-parto podem afetar a qualidade de vida e estado de saúde das puérperas e do RN¹¹. Dessa forma, durante o puerpério, a equipe multidisciplinar deve atentar-se a elaboração de um plano de cuidados que vise ofertar o suporte necessário à mulher no que se refere ao autocuidado, as transformações no período pós-parto e os cuidados com o RN¹².

A dor foi classificada como moderada para todos os desconfortos citados, após aproximadamente 40h pós-parto. Chama-se atenção para este resultado pois as puérperas recebiam fármacos analgésicos a cada 6 h como rotina hospitalar, e sua utilização parece não ter sido resolutive para os casos de dor.

A dor pode ser limitante para mulher, visto que pode interferir na mobilidade e realização de atividades diárias¹³. Neste estudo, as puérperas relataram desconfortos relacionados a amamentação e associados ao sistema intestinal, circulatório, urológico e musculoesquelético. Concomitante a estes dados, estudo¹⁴ também encontrou alta prevalência de desconfortos de mulheres durante o puerpério imediato. Aproximadamente 73% das pacientes relatou

Tabela 2. Prevalência de desconfortos no puerpério imediato relatados pelas participantes do estudo

Intensidade da dor	EAV	Cesariana n (%)	Perineal n (%)	Mamas n (%)	Cólicas durante amamentação n (%)	Lombalgia n (%)
	0	88 (82,2)	74 (69,2)	82 (76,6)	48 (44,9)	76 (71)
Dor leve	1	1 (0,9)	3 (2,8)	1 (0,9)	2 (1,9)	1 (0,9)
	2	1 (0,9)	4 (3,7)	4 (3,7)	8 (7,5)	5 (4,7)
	3	1 (0,9)	8 (7,5)	5 (4,7)	14 (13,1)	6 (5,6)
Dor moderada	4	2 (1,9)	5 (4,7)	2 (1,9)	9 (8,4)	5 (4,7)
	5	8 (7,5)	3 (2,8)	6 (5,6)	6 (5,6)	7 (6,5)
	6	1 (0,9)	3 (2,8)	3 (2,8)	1 (0,9)	2 (1,9)
Dor intensa	7	2 (1,9)	2 (1,9)	0	4 (3,7)	2 (1,9)
	8	2 (1,9)	3 (2,8)	0	9 (8,4)	2 (1,9)
	9	1 (0,9)	0	1 (0,9)	3 (2,8)	0
	10	0	0	3 (2,8)	2 (1,9)	1 (0,9)

EAV = escala analógica visual.

algum desconforto, sendo a cesariana a via de parto associada a maior presença de desconfortos. Outro estudo brasileiro¹⁵ realizado com puérperas considerou a dor como a complicação materna mais frequente encontrada no puerpério, com índices semelhantes, independente da via de parto. Entretanto, a realização da cesariana foi associada a um maior risco de complicações maternas e disfunção sexual feminina, e apresentou correlação negativa com o incentivo às práticas de amamentação.

Neste estudo, a maior intensidade de dor foi atribuída à dor na incisão cesariana, com intervalo de confiança variando de 4,23 a 6,18. Apesar disso, não foram encontradas diferenças significativas entre a intensidade da dor das mulheres de acordo com o tipo de parto. Contudo, notou-se que a intensidade da dor na incisão da cesariana foi superior à relatada por mulheres em que o parto foi normal ou com algum tipo de intercorrência e/ou laceração. Sabe-se que as taxas de cesariana têm aumentado em muitos países, inclusive no Brasil, contrariando as indicações da Organização Mundial da Saúde (OMS), que preconizam o parto vaginal^{16,17}. A dor após a cesariana está intimamente ligada à lesão tecidual devido às reações inflamatórias decorrentes de um processo traumático que podem produzir dor¹. Além disso, a cicatriz abdominal resultante da cirurgia pode desfavorecer a ação de drenagem pelo sistema linfático, além de restringir o movimento devido à presença de dor e/ou receio, incentivando maiores períodos de permanência no leito e favorecendo o surgimento de edemas de MMII¹⁴. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo², que realizou a mensuração da dor na incisão cesariana e encontrou variação de 1 a 9 durante o repouso, com média de dor inferior a encontrada neste estudo <5,21. Entretanto, 75% das participantes do estudo relataram dor localizada ao redor da incisão cesariana. Semelhante a estes achados, o estudo¹⁴ encontrou maior prevalência de dores abdominais, cervicalgia e edema em mulheres submetidas a cesariana.

Dentre os desconfortos pontuados pelas puérperas, a dor perineal apresentou média inferior, mas assemelhou-se ao resultado de estudos brasileiros em que a média de dor perineal foi 4,8¹⁸ e 4,2¹⁹. Destaca-se também que neste estudo menos de 50% da amostra apresentou dor perineal e destas somente 3,6% tiveram episiotomia e 0,9% laceração de 3º grau.

Na presente pesquisa, a maior frequência de queixas esteve associada a dor das cólicas durante a amamentação, sendo o desconforto de segunda maior intensidade de dor. Este sintoma é comum durante o período pós-parto²⁰, independentemente da via de parto²¹ e ocorre pois durante a amamentação há liberação de ocitocina, hormônio responsável pela ejeção do leite e por promover contrações uterinas²⁰. A prevalência da cólica durante a amamentação foi de 40% nas participantes do estudo¹² submetidas a cesariana. No estudo¹³, 15% das mulheres no puerpério imediato apresentaram esse sintoma.

Considerando as menções à dor na mama, 66% das participantes deste estudo apresentavam fissuras mamárias e referiram dor de moderada a intensa na região. A porcentagem de mulheres com tal queixa foi superior aos dados apresentados em estudo com puérperas após 2 e 4 meses do parto²². Entretanto, semelhantemente ao presente estudo, a intensidade da dor relatada pelas puérperas variou de moderada a intensa para 66,7% das participantes²². Este achado pode estar relacionado ao déficit de acompanhamento e

orientações de profissionais de saúde no período gestacional e/ou puerperal. A equipe multiprofissional deve atender as puérperas com base no seu contexto social, cultural e ético. As dificuldades relacionadas a amamentação podem levar a várias consequências, como desmame precoce, o que põe em risco a saúde do bebê^{23,24}.

De acordo com os resultados deste estudo, a lombalgia foi um dos principais desconfortos relatados pelas puérperas. Resultado semelhante foi encontrado no estudo²⁵, que destacou a lombalgia como principal desconforto das mulheres, sendo classificada com intensidade moderada. Este desconforto pode levar a incapacidade motora da mulher e pode ser relatada pelas puérperas independentemente da via de parto¹⁴. Entretanto, os resultados dos estudos^{2,7} evidenciaram prevalência de desconfortos e limitações funcionais durante as atividades cotidianas em puérperas submetidas a cesariana. Contudo, é válido destacar que as alterações da coluna vertebral decorrentes das modificações físicas da gestação podem contribuir para presença de dor acentuada na região lombar¹³. Por isso, a avaliação física individual por profissionais de saúde pode direcionar a resolução da queixa mais precocemente¹⁴.

Embora a paridade seja uma variável influenciadora na recuperação pós-parto e percepção da dor da mulher²⁶, os resultados deste estudo não sustentam esta hipótese, frente a ausência de diferenças significativas na análise da intensidade da dor relatada pelas mulheres primíparas e múltíparas. Dessa forma, os resultados da presente pesquisa enfatizam a importância da atenção humanizada de mulheres com ou sem experiência prévia ao parto e ao período pós-parto. Concomitante a este achado, os resultados do estudo⁷ com mulheres durante o puerpério imediato não apontaram associação entre a paridade e limitações funcionais. Todavia, é válido destacar que experiências prévias relacionadas ao parto podem ser consideradas moduladoras do limiar da dor, e deve-se considerar a subjetividade e individualidade da experiência da dor, uma vez que ela é baseada em respostas biológicas, psicológicas e ambientais²⁶. A análise dos dados da presente pesquisa chama atenção para a realização de atividades de promoção à saúde de puérperas, visto que estas são escassas e, na maioria das vezes, abrangem apenas os cuidados do RN e não abordam o aconselhamento da mulher sobre autocuidado⁵. A maioria dos desconfortos do pós-parto pode ser evitada ou reduzida por meio de intervenções precoces no pós-parto²⁷. Mesmo a queixa de dor pode ser reduzida após intervenção fisioterapêutica não farmacológica, levando a uma adesão de 100% ao tratamento¹³. Dessa forma, destaca-se a importância de práticas interdisciplinares em saúde e favorecimento da promoção do cuidado materno-infantil¹⁴. Atividades informativas e resolutivas durante o puerpério imediato são bem avaliadas por mulheres e poderiam ser implementadas na rotina de serviços de maternidades⁹.

O fisioterapeuta é um profissional qualificado que compõe equipes multiprofissionais e pode auxiliar na redução dos desconfortos puerperais por meio da aplicação de recursos fisioterapêuticos específicos e não farmacológicos¹³, como a cinesioterapia, crioterapia²⁸ e eletroterapia^{29,30}, que compõem as práticas fisioterapêuticas com objetivo de redução dos desconfortos. Além disso, a utilização desses recursos pode contribuir para a diminuição do tempo de internação das mulheres, bem como a redução de métodos farmacológicos para analgesia³.

CONCLUSÃO

Os principais desconfortos relatados pelas puérperas estavam relacionados à amamentação, além de desconfortos intestinais, circulatórios, urológicos e musculoesqueléticos. A intensidade da dor na incisão cesariana, nas cólicas durante a amamentação, nas mamas, na coluna lombar e no períneo foi classificada como moderada, entretanto foi classificada como intensa por algumas puérperas, principalmente a dor da cólica durante a amamentação. Não houve diferença na intensidade da dor pela paridade. Houve diferenças significativas na intensidade da dor da cesariana e parto vaginal com episiotomia e/ou fórceps, parto vaginal com laceração e parto normal.

REFERÊNCIAS

- Rett MT, Bernardes NO, Santos AM, Oliveira MR, Andrade SC. Atendimento de puérperas pela fisioterapia em uma maternidade pública humanizada. *Fisioter Pesq* 2008;15(4):361-6.
- Sousa L, Pitangui AC, Gomes FA, Nakano AM, Ferreira CH, Mensuração e características de dor após cesárea e sua relação com limitação de atividades. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(6):741-7.
- Santana LS, Gallo RB, Marcolin AC, Ferreira CH, Quintana SM. Utilização dos recursos fisioterapêuticos no puerpério: revisão da literatura. *Femina*. 2011;39(5):245-50.
- Ferreira CH, Beleza AC. Abordagem fisioterapêutica na dor pós-operatória: a eletroestimulação nervosa transcutânea (ENT). *Rev Col Bras Cir*. 2007;34(2):127-30.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Nutrição Infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Caderno de Atenção Básica; 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Ministério da Saúde; Brasília: 2005. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 163p. color – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno n° 5).
- Pereira TRC, Souza FG, Beleza ACS. Implications of pain in functional activities in immediate postpartum period according to the mode of delivery and parity: an observational study. *Braz J Phys Ther*. 2017;21(1):37-43.
- Odunaiya NA, Ilesanmi T, Fawole AO, Oguntibeju OO. Attitude and practices of obstetricians and gynecologists towards involvement of physiotherapists in management of obstetric and gynecologic conditions. *Int J Womens Health*. 2013;5:109-14.
- Silva JB, Doi GE, Silva LC, Feltrin MI, Zotz TG, Korelo RI, Gallo RB. Satisfação de puérperas após intervenção fisioterapêutica em educação em saúde. *Saúde Pesq*. 2019;12(1):141-50.
- Kahl C, Cleland JA. Visual analogue scale, numeric pain rating scale and the McGill pain Questionnaire: an overview of psychometric properties. *Phys Ther Rev*. 2005;10(2):123-8.
- Cheng CY, Li Q. Integrative review of research on general health status and prevalence of common physical health conditions of women after childbirth. *Womens Health Issues*. 2008;18(4):267-80.
- Mazzo MH, Brito RS, Feitosa MM, Lima MS, Silva EC. Percepção das puérperas sobre seu período pós-parto. *Investig Enferm*. 2018;20(2):1-9.
- Burri JS, Cruz JP, Silva AC, Moreira IL. Assistência ao puerpério imediato: o papel da fisioterapia. *Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba*. 2016;18(4):193-8.
- Pereira TR, Montesano FT, Ferreira PD, Minozzi AS, Beleza AC. Existe associação entre os desconfortos no puerpério imediato e a via de parto? Um estudo observacional. *ABCS Health Sci*. 2017;42(2):80-4.
- Prado DS, Mendes RB, Gurgel RQ, Barreto IDC, Cipolotti R, Gurgel RQ. The influence of mode of delivery on neonatal and maternal short and long-term outcomes. *Rev Saude Publica*. 2018;52:95.
- Chen I, Opiyo N, Tavender E, Mortazhejri S, Rader T, Petkovic J, et al. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;28(9):CD005528.
- Souza JP, Betran AP, Dumont A, de Mucio B, Gibbs Pickens CM, Deneuve-Tharaux C, et al. A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study. *BJOG*. 2016;123(3):427-36.
- Francisco AA, Oliveira SM, Santos JO, Silva FM. Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(1):94-100.
- Pitangui AC, Sousa L, Ferreira CH, Gomes FA, Nakano AM. Mensuração e características da dor perineal em primíparas submetidas à episiotomia. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(1):77-82.
- Lelis BDB, Pereira RC, Silva LFI, Leite AM, Dusso MIS, Bernardes NB. Acolhimento puerperal no contexto atribuído às primíparas. *Rev Mult Psic*. 2019;45(13):287-301.
- Wen L, Hilton G, Carvalho B. The impact of breastfeeding on postpartum pain after vaginal and cesarean delivery. *J Clin Anesth*. 2015;27(1):33-8.
- Benedett A, Silva IA, Ferraz L, Oliveira P, Frago E, Ourique J. A dor e desconforto na prática do aleitamento materno. *Cogitare Enferm*. 2014;19(1):136-40.
- Strapasson MR, Nedel MNB. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010;31(3):521-8.
- Souza MJN, Barnabé AS, Oliveira RS, Ferraz RRN. A importância da orientação à gestante sobre amamentação: fator para diminuição dos processos dolorosos mamários. *ConScientiae Saúde*. 2009;8(2):245-9.
- Morari-Cassol EG, Campos Júnior D, Haefner LSB. Desconforto músculo-esquelético no pós-parto e amamentação. *Fisioter Brasil*. 2017;9(1):9-16.
- Mannion CA, Vinturache AE, McDonald SW, Tough SC. The influence of back pain and urinary incontinence on daily tasks of mothers at 12 months postpartum. *PLoS One*. 2015;10(6):e0129615.
- Rizvi RM, Khan ZS, Khan Z. Diagnosis and management of postpartum urinary retention. *Int J Gynecol Obstet*. 2005;91(1):71-2.
- Francisco AA, de Oliveira SM, Leventhal LC, de Bosco CS. [Cryotherapy after childbirth: the length of application and changes in perineal temperature]. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(3):555-61. Portuguese.
- Kayman-Kose S, Arioiz DT, Toktas H, Koken G, Kanat-Pektas M, Kose M, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain control after vaginal delivery and cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2014;27(15):1572-5.
- Pitangui AC, Araújo RC, Bezerra MJ, Ribeiro CO, Nakano AM. Low and high-frequency TENS in post-episiotomy pain relief: a randomized, double-blind clinical trial. *Braz J Phys Ther*. 2014;18(1):72-8.