

Existe associação entre os desconfortos no puerpério imediato e a via de parto? Um estudo observacional

Is there association between the discomforts of the immediate postpartum period and type of delivery? An observational study

Thalita Rodrigues Christovam Pereira¹, Fábio Tadeu Montesano², Priscilla Dieguez Ferreira³, Andrea Simões Minozzi⁴, Ana Carolina Sartorato Beleza⁵

¹Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Santos (SP), Brasil.

²Setor de Estatística, UNIFESP – Santos (SP), Brasil.

³Women and Men's Health Physiotherapy Department, James Paget University Hospital – Great Yarmouth, Inglaterra.

⁴Departamento de Obstetrícia, Fisioterapia em Obstetrícia, UNIFESP – São Paulo (SP), Brasil.

⁵Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos (SP), Brasil.

DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v42i2.1007>

RESUMO

Introdução: A via de parto pode ser um fator determinante para o desenvolvimento de desconfortos no puerpério imediato.

Objetivo: Identificar os desconfortos referidos pelas mulheres no puerpério imediato e compará-los entre as submetidas ao parto vaginal e à cesárea. **Métodos:** Estudo analítico transversal desenvolvido em uma maternidade pública com levantamento de prontuários que continham informações da avaliação fisioterapêutica de puérperas atendidas no período de fevereiro a novembro de 2011. **Resultados:** Foram incluídos 346 prontuários neste estudo. Queixas do puerpério imediato: dor abdominal (31,5%), edema (19,1%), lombalgia (18,2%), cervicálgia (9,8%) e desconforto em membros inferiores (5,8%). Cesárea foi a via de parto que acarretou maior desconforto, relacionando-se à presença de dor abdominal ($p=0,001$), cervicálgia ($p=0,017$) e edema ($p=0,017$). **Conclusão:** Os achados sugerem que as mulheres que passam por cesárea estão vulneráveis à maior morbidade durante o puerpério imediato em comparação ao parto vaginal.

Palavras-chave: período pós-parto; saúde da mulher; fisioterapia.

ABSTRACT

Introduction: The type of delivery may be a determining factor for the development of discomfort in the immediate postpartum period. **Objective:** To identify the discomfort related by women in the immediate postpartum period and to compare them among those submitted to vaginal delivery and cesarean.

Methods: Cross-sectional analytical study developed in a public maternity hospital with medical records that contained information of physical therapy evaluation of postpartum women attended from February to November 2011. **Results:** A total of 346 records were included in this study. Immediate postpartum complaints: abdominal pain (31.5%), edema (19.1%), low back pain (18.2%), neck pain (9.8%) and discomfort in the lower limbs (5.8%). Cesarean was the mode of delivery that caused greater discomfort related to the presence of abdominal pain ($p=0.001$), neck pain ($p=0.017$) and edema ($p=0.017$). **Conclusion:** The findings suggest that women who undergo cesarean are vulnerable to greater morbidity compared to vaginal delivery during the immediate postpartum period.

Keywords: postpartum period; women's health; physical therapy specialty.

Recebido em: 11/11/2016

Revisado em: 26/03/2017

Aprovado em: 04/04/2017

Autor para correspondência: Thalita Rodrigues Christovam Pereira – Rua Silva Jardim, 136 – Vila Mathias – CEP: 11015-020 – Santos (SP), Brasil – E-mail: thalita.christovam@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

Fonte de financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

INTRODUÇÃO

O puerpério é marcado por grandes mudanças nos âmbitos físico, emocional e social tanto para as mulheres quanto para seus familiares¹. Trata-se de um período que, embora fisiológico, apresenta predisposição para o desenvolvimento de desconfortos que podem comprometer a qualidade de vida da mulher, assim como favorecer o aparecimento de complicações devido a diversas alterações morfológicas e hormonais presentes nessa fase² e por isso merecem investigação.

Embora a Organização Mundial da Saúde (OMS) tenha proposto melhorar a saúde materna entre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio³, ainda há pouco na literatura científica sobre os cuidados oferecidos à puérpera, especialmente em relação à atuação da Fisioterapia. A discrepância entre o modelo assistencial preconizado pelas organizações de saúde e a realidade presente nos serviços demonstra desconhecimento das reais necessidades das mulheres no período puerperal por parte dos profissionais da saúde.

A prestação de cuidado no puerpério é de vital importância para o bem-estar da mulher. A via de parto e a atenção dispensada ao puerpério imediato podem contribuir para o aparecimento de desconfortos que não estavam presentes no período gestacional ou mesmo agravar de queixas preexistentes. Estudo sobre o puerpério⁴ apontou que a dor na cicatriz abdominal era a queixa predominante em puérperas provenientes de cesárea, enquanto a dor pélvica era apresentada por puérperas que passaram pelo parto vaginal.

Desconfortos e dores no puerpério podem representar fatores limitantes ao autocuidado e ao cuidado com o recém-nascido. Dessa forma, investigar a relação entre a via de parto e predisposição para o aparecimento de determinadas queixas puerperais busca fundamentar as condutas de cuidado em saúde baseadas em evidências, bem como estimular a adoção de práticas preventivas na atenção à saúde da puérpera.

Assim, os objetivos deste estudo foram identificar os desconfortos referidos no puerpério imediato e comparar tais desconfortos entre mulheres submetidas ao parto vaginal e à cesárea.

MÉTODOS

Este estudo analítico transversal foi conduzido de forma retrospectiva utilizando prontuários de mulheres que receberam assistência fisioterapêutica durante o puerpério imediato em uma maternidade pública de um Hospital Escola localizado no litoral paulista.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP/UNIFESP) (nº 296.671) e pelo Comitê de Ética da instituição na qual o estudo foi desenvolvido (nº 006/2010). Por se tratar de uma pesquisa retrospectiva em prontuários, o uso de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi dispensado.

A coleta de dados ocorreu por meio de levantamento dos prontuários que continham informações sobre a avaliação fisioterapêutica de puérperas atendidas na maternidade no período de fevereiro a novembro de 2011. Uma comissão foi responsável por

selecionar quais fichas deveriam ser incluídas e quais seriam excluídas do estudo. Os critérios de inclusão foram: prontuários de puérperas com idade igual ou superior a 18 anos e com recém-nascido único. As fichas de avaliação de puérperas com idade inferior a 18 anos e com conteúdo incompleto foram excluídas do estudo.

As seguintes informações foram coletadas:

- dados pessoais: idade, escolaridade e estado civil;
- dados da gestação atual: se houve acompanhamento médico durante a gestação, número de consultas pré-natal, queixas durante o período gestacional;
- via de parto; e
- desconfortos apresentados no puerpério.

O programa estatístico R versão 3.1.3 (R Development Core Team, Viena, Áustria) foi utilizado para análise descritiva dos dados, seguida de análise inferencial com o teste do χ^2 de Pearson para comparação entre as vias de parto e os desconfortos no puerpério. O nível de significância considerado foi de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Dentre as 365 fichas de avaliações fisioterapêuticas disponíveis nos prontuários, 19 foram excluídas por não obedecerem aos critérios de inclusão, obtendo-se, portanto, 346 para a análise (Figura 1).

Neste estudo, 55,8% ($n=193$) das mulheres passaram por cesárea, enquanto 44,2% ($n=153$) tiveram seus filhos por via vaginal. As características gerais da amostra segundo a via de parto podem ser observadas na Tabela 1.

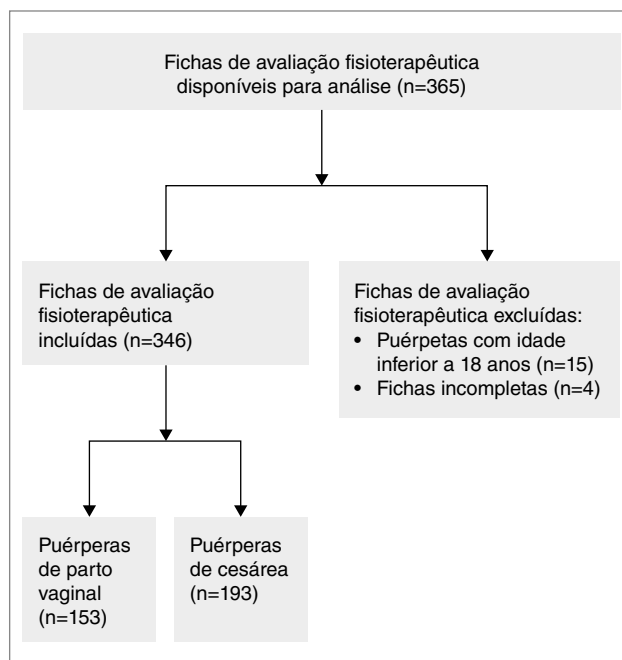


Figura 1: Fluxograma representativo da seleção das fichas de acordo com os critérios de inclusão e exclusão

Na avaliação fisioterapêutica no puerpério imediato, 72,8% (n=252) dessas mulheres se queixaram de algum desconforto, sendo 31,5% (n=109) dor abdominal, 19,1% (n=66) edema, 18,2% (n=63) lombalgia, 9,8% (n=34) cervicalgia e 5,8% (n=20) desconfortos em membros inferiores.

A comparação entre as vias de parto em relação aos desconfortos puerperais (Tabela 2) permite afirmar que houve associação entre as vias de parto e as variáveis: dor abdominal (p=0,001), cervicalgia (p=0,017) e edema (p=0,017) (Tabela 2).

DISCUSSÃO

A cesárea foi a via de parto que acarretou maior frequência de queixas por parte das puérperas, sobretudo quando se trata da presença de dor abdominal, cervicalgia e edema durante o puerpério imediato.

A dor abdominal no puerpério pode estar ligada a diversos fatores. Durante a amamentação ocorre liberação de ocitocina e

aumento do tônus uterino, levando ao aumento das cólicas abdominais, independentemente da via de parto⁵. Em relação à cesárea, as queixas abdominais somam-se ao desconforto inerente à incisão cirúrgica⁶. Puérperas de cesárea tendem a maiores compensações para amamentar, uma vez que a presença da ferida cirúrgica limita a mudança de posição e a adoção de posturas adequadas para o aleitamento⁵, favorecendo o aparecimento de cervicalgia e lombalgia.

Neste estudo, a presença de queixa de lombalgia foi semelhante entre puérperas provenientes de parto vaginal e de cesárea. A lombalgia no puerpério pode apresentar diversos fatores predisponentes. A diástase dos músculos retos abdominais, desencadeada na gestação, compromete a capacidade da musculatura abdominal de estabilização do tronco, interferindo no alinhamento postural e no equilíbrio da musculatura lombar⁷, bem como nas atividades do cotidiano. Assim como a diástase dos músculos retos abdominais, a incisão cirúrgica da cesárea também contribui para a redução da ação da musculatura abdominal como estabilizadora de tronco, contribuindo para susceptibilidade à lombalgia.

Dependendo do nível algico apresentado, a lombalgia pode resultar em variados graus de incapacidade motora⁸. Dessa forma, é importante que seja identificada e classificada no início do período pós-parto⁸ com avaliação física por profissional da saúde capacitado, possibilitando, assim, que as intervenções terapêuticas possam ser direcionadas para as queixas das puérperas o mais precocemente possível.

A cicatriz cirúrgica abdominal em puérperas de cesárea pode dificultar a via de drenagem pelo sistema linfático e favorecer restrição de movimentação por dor e/ou medo, levando à maior permanência no leito e predispondo ao surgimento de edema em membros inferiores. Estudos randomizados e controlados se fazem necessários para investigação da relação entre os fatores aqui levantados e o edema no puerpério de cesárea.

A cesárea foi o procedimento mais praticado dentre as mulheres incluídas no presente estudo. Esse achado está de acordo com a literatura, a qual mostra que, apesar da recomendação da OMS, as taxas de cesáreas vêm aumentando em muitos países, dentre eles o Brasil^{9,10}. A crescente demanda por cesárea parece estar baseada na crença de que a qualidade da atenção obstétrica encontra-se intimamente associada à tecnologia no trabalho de parto e no nascimento¹¹.

Sabe-se que as taxas de cesáreas estão relacionadas a fatores socioculturais, demográficos e econômicos¹². Informações vinculadas na mídia sobre o processo de parturição, novas tecnologias, inserção da mulher no mercado de trabalho, fatores relacionados ao modelo assistencial desenvolvido nos países, disponibilidade da equipe médica, subdiagnóstico de riscos maternos e fetais¹³, entre diversos outros exemplos, podem ser facilmente reconhecidos na prática clínica.

Quanto ao parto vaginal, a ausência de especificação nos prontuários sobre a presença de laceração e/ou episiotomia é considerada uma limitação para este estudo, impossibilitando uma

Tabela 1: Características gerais da amostra segundo a via de parto

Características	Vaginal (n=153)	Cesárea (n=193)
Idade (anos), média±DP	25,0±6,5	26,4±6,2
Estado civil, n (%)		
Solteira	52 (33,9)	58 (30,0)
Casada	47 (30,7)	77 (39,9)
União estável	44 (28,8)	50 (25,9)
Viúva	–	1 (0,5)
Escolaridade, n (%)		
Ensino fundamental incompleto	15 (9,8)	12 (6,2)
Ensino fundamental completo	18 (11,8)	10 (5,2)
Ensino médio incompleto	17 (11,1)	15 (7,8)
Ensino médio completo	49 (32,0)	78 (40,4)
Ensino técnico incompleto	–	–
Ensino técnico completo	3 (2,0)	–
Ensino superior incompleto	2 (1,3)	4 (2,1)
Ensino superior completo	3 (2,0)	10 (5,2)
Acompanhamento pré-natal, n (%)	149 (97,4)	192 (99,5)
Consultas pré-natal, média±DP	8,1±2,3	8,7±2,6
Queixas gestacionais, n (%)		
Edema	82 (53,6)	118 (61,1)
Lombalgia	94 (61,4)	122 (63,2)
Câimbra	90 (58,8)	116 (60,1)
Parestesia	39 (25,5)	59 (30,6)

DP: desvio padrão; n: número da amostra; %: frequência (porcentagem).

Tabela 2: Comparação entre a via de parto e os desconfortos puerperais durante o período de internação

Queixas puerperais, n (%)	Vaginal (n=153)	Cesárea (n=193)	Valor p
Cervicalgia	8 (5,2)	26 (13,5)	0,017*
Lombalgia	31 (20,3)	32 (16,6)	0,459
Dor abdominal	31 (20,3)	78 (40,4)	0,001*
Edema	20 (13,1)	46 (23,8)	0,017*
Desconfortos em membros inferiores	8 (5,2)	12 (6,2)	0,873

*p<0,05: estatisticamente significativo, teste do χ^2 ; DP: desvio padrão; n: número da amostra; %: frequência (porcentagem).

análise mais aprofundada. As limitações funcionais impostas pela presença de laceração espontânea e episiotomia podem interferir na qualidade de vida e na sexualidade pós-parto.

A escolha da via de parto por parte das mulheres está permeada por desejos de garantir a saúde materna e fetal, evitar a dor e o sofrimento durante o puerpério¹⁴. Diferentemente da crença popular na vivência de menor morbidade puerperal, a literatura tem demonstrado maiores riscos de susceptibilidade à redução da saúde física^{15,16} e emocional das mulheres após cesárea¹⁷.

A morbidade materna pode ser uma condição tanto temporária quanto permanente e, assim, apresenta-se com difícil mensuração, visto que a percepção da morbidade varia entre as diferentes culturas³. Os desconfortos presentes são fatores que contribuem para limitação da movimentação das puérperas, dificultando as atividades cotidianas de autocuidado e cuidado com o bebê, favorecendo a ocorrência de complicações. Por consequência, tais complicações acarretarão ao sistema de saúde maiores custos com medicamentos, tratamentos e internações para essas mulheres.

A investigação dos sintomas físicos no puerpério possibilita a adoção de estratégias para a recuperação plena da mulher. Importantes fatores devem ser considerados em relação à qualidade da assistência obstétrica, tanto no âmbito privado quanto público. Destacam-se o uso de medicalização excessiva em cuidados obstétricos, prática rotineira de episiotomia e baixo uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor¹⁸. Além de afetar a saúde da mulher, a morbidade materna apresenta forte elo com a saúde neonatal³, potencializando-se como fator de susceptibilidade para o insucesso no aleitamento materno¹⁹.

Assim, ressalta-se a necessidade da ampliação da prática interdisciplinar em saúde e a promoção da humanização no cuidado materno-infantil. A Fisioterapia, especialmente na área de atenção à saúde da mulher, dispõe de recursos não farmacológicos para o alívio dessas queixas e prevenção de complicações, tais como cinesioterapia, crioterapia²⁰ e eletroterapia^{18,21}.

A atuação desse profissional da saúde pode ocorrer desde a gestação²², de forma que a preparação do organismo feminino e a educação em saúde contribuam para o empoderamento das mulheres acerca das transformações em seu corpo provenientes do processo gestacional; durante o trabalho de parto²³, com o uso de posicionamentos e recursos físicos para proporcionar conforto e alívio da dor; e no puerpério^{18,21}, quando a involução do organismo às condições pré-gravídicas, o aleitamento materno e as tarefas cotidianas favorecem o aparecimento de queixas de morbidade.

A inserção de técnicas não farmacológicas de domínio fisioterapêutico no ambiente hospitalar pode contribuir, ainda, para a diminuição dos custos em relação ao tempo de internação, visto que esses recursos tendem a se apresentar menos elevados em comparação à administração de fármacos, e por vezes são capazes de fornecer alívio e conforto desejados, assim como mínimos efeitos adversos²⁰.

No contexto geral, a implementação de políticas de saúde que estimulem e favoreçam o parto vaginal, diminuindo, assim, as taxas de cesáreas, também pode contribuir para a redução da morbidade puerperal.

Os desconfortos referidos pelas mulheres no puerpério imediato foram: dor abdominal, edema, lombalgia, cervicalgia e desconforto em membros inferiores. Os achados sugerem que as mulheres que passam por cesárea estão mais vulneráveis à maior morbidade do que as de parto vaginal durante o puerpério imediato. Cuidados dispensados às puérperas na maternidade devem levar em consideração a via de parto e o comprometimento da mobilidade visando restaurar a funcionalidade.

AGRADECIMENTOS

À Santa Casa de Misericórdia de Santos (ISCMS) e ao Departamento de Ciências do Movimento Humano (DCMH) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) pelo apoio institucional ao desenvolvimento da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Haran C, Van Driel M, Mitchell BL, Brocribb WE. Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care – a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:51. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-14-51>
2. Lavand'homme P. Chronic pain after childbirth. *Curr Opin Anesthesiol*. 2013;26(3):273-7. <http://dx.doi.org/10.1097/ACO.0b013e328360c57b>
3. Vanderkuik RC, Tunçalp Ö, Chou D, Say L. Framing maternal morbidity: WHO scoping exercise. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:213. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-13-213>
4. Eisenach J, Pan P, Smiley RM, Lavand'homme P, Landau R, Houle TT. Resolution of pain after childbirth. *Anesthesiol*. 2013;118(1):143-51. <http://dx.doi.org/10.1097/ALN.0b013e32818278ccfd>
5. 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinane.2014.06.010>
6. Hardy-Fairbanks AJ, Lauria MR, Mackenzie T, McCarthy Jr. M. Intensity and unpleasantness of pain following vaginal and cesarean delivery: a prospective evaluation. *Birth*. 2013;40(2):125-33. <http://dx.doi.org/10.1111/birt.12039>
7. Sperstad JB, Tennfjord MK, Hilde G, Ellström-Engel M, Bø K. Diastasis recti abdominis during pregnancy and 12 months after childbirth: prevalence, risk factors and report of lumbopelvic pain. *Br J Sports Med*. 2016;50:1092-6. <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2016-096065>

8. Olsson CB, Grooten WJA, Nilsson-Wikmar L, Harms-Ringdahl K, Lundberg M. Catastrophizing during and after pregnancy: associations with lumbopelvic pain and postpartum physical ability. *Phys Ther*. 2012;92(1):49-57. <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20100293>
9. Souza JP, Betran AP, Dumont A, de Mucio B, Gibbs Pickens CM, Deneux-Tharaux C, *et al*. A global reference for caesarean section rates (C-Model): a multicountry cross-sectional study. *BJOG*. 2016;123(3):427-36. <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.13509>
10. Khunpradit S, Tavender E, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Wasiaik J, Gruen R. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;6:CD005528. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005528.pub2>
11. do Carmo Leal M, da Silva AA, Dias MA, da Gama SG, Rattner D, Moreira ME, *et al*. Birth in Brazil: national survey into labour and birth. *Reprod Health*. 2012;9:15. <http://dx.doi.org/10.1186/1742-4755-9-15>
12. d'Orsi E, Brüggermann OM, Diniz CSG, Aguiar JM, Gusman CR, Torres JA, *et al*. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(Supl. 1):S154-68. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00087813>
13. Ji H, Jiang H, Yang L, Qian X, Tang S. Factors contributing to the rapid rise of caesarean section: a prospective study of primiparous Chinese women in Shanghai. *BMJ Open*. 2015;5(11):e008994. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008994>
14. Benute GRG, Nomura RY, Santos AM, Zarvos MA, Lucia MCS, Francisco RPV. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013;35(6):281-5. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013000600008>
15. Woolhouse H, Perlen S, Gartland D, Brown SJ. Physical health and recovery in the first 18 months postpartum: does caesarean section reduce long-term morbidity? *Birth*. 2012;39(3):221-9. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2012.00551.x>
16. Rowlands IJ, Redshaw M. Mode of birth and women's psychological and physical wellbeing in the postnatal period. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:138. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-12-138>
17. Kuo S-Y, Chien S-R, Tzeng Y-L. Depression and anxiety trajectories among women who undergo an elective cesarean section. *PLoS One*. 2014;9(1):e86653. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0086653>
18. Pitangui ACR, Araújo RC, Bezerra MJS, Robeiro CO, Nakano AMS. 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. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552012005000143>
19. Stuebe AM, Horton BJ, Chetwynd E, Watkins S, Grewen K, Meltzer-Brody S. Prevalence and risk factors for early, undesired weaning attributed to lactation dysfunction. *J Womens Health (Larchmt)*. 2014;23(5):404-12. <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2013.4506>
20. Francisco AA, Oliveira SMJV, Leventhal LC, Bosco CS. Crioterapia no pós-parto: tempo de aplicação e mudanças na temperatura perineal. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(3):555-61. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000300005>
21. Kayman-Kose S, Arioz DT, Toktas H, Koken G, Kanat-Pektas M, Kose M, *et al*. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for pain control after vaginal delivery and caesarean section. *J Mater Fetal Neonatal Med*. 2014;27(15):1572-5. <http://dx.doi.org/10.3109/14767058.2013.870549>
22. Progianti JM, Costa RF. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. *Rev Bras Enferm*. 2012;65(2):257-63. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200009>
23. Castro AS, Castro AC, Mendonça AC. Abordagem fisioterapêutica no pré-parto: proposta de protocolo e avaliação da dor. *Fisioter Pesqui*. 2012;19(3):210-4. <http://dx.doi.org/10.1590/S1809-29502012000300004>

