

MARIANA NUNES MIRANDA CARASEK DA ROCHA

**DOR E ALÍVIO DA DOR RELATADA POR PUÉRPERAS NO
ALOJAMENTO CONJUNTO - QUANTIFICAÇÃO E FATORES
ASSOCIADOS**

Tema: Dor no puerpério

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2022**

MARIANA NUNES MIRANDA CARASEK DA ROCHA

**DOR E ALÍVIO DA DOR RELATADA POR PUÉRPERAS NO
ALOJAMENTO CONJUNTO - QUANTIFICAÇÃO E FATORES
ASSOCIADOS**

Tema: Dor no puerpério

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

Professora Orientadora: Profa Dra Roxana Knobel

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2022**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rocha, Mariana Nunes Miranda Carasek da
DOR E ALÍVIO DA DOR RELATADA POR PUÉRPERAS NO ALOJAMENTO
CONJUNTO - QUANTIFICAÇÃO E FATORES ASSOCIADOS / Mariana
Nunes Miranda Carasek da Rocha ; orientador, Roxana
Knobel, 2022.
29 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências
da Saúde, Graduação em Medicina, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Medicina. 2. dor. 3. puerpério. 4. dor no puerpério.
I. Knobel, Roxana. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Graduação em Medicina. III. Título.

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho é resultado de muitas leituras, pesquisa e aprendizado, para os quais muitas pessoas contribuíram.

Agradeço a Deus por ter me proporcionado condições para esta experiência e o conhecimento necessário.

À Universidade Federal de Santa Catarina por ter me proporcionado um ensino público de qualidade e por todas as oportunidades.

À minha orientadora Professora Doutora Roxana Knobel por contribuir para a minha formação e por sua disponibilidade e atenção ao me orientar neste trabalho.

Aos meus pais, Marjorie e Eduardo, que sempre me incentivaram na busca pelo conhecimento e me apoiaram em todos os momentos da vida.

À minha irmã Carolina, por toda a paciência e parceria.

À minha avó Maria Laura pelo carinho mesmo estando distante.

À Sophy, minha cachorrinha, pelo amor incondicional.

Por fim, agradeço aos professores, colegas e pacientes que de alguma forma contribuíram na minha formação acadêmica.

RESUMO

Objetivos: Avaliar a prevalência de dor no puerpério imediato, fatores relacionados com a dor e com seu controle inadequado.

Métodos: De outubro a dezembro de 2020, 351 puérperas foram consideradas elegíveis (bebês nasceram vivos ou natimortos com peso > 500 g e/ou idade gestacional > 22 semanas no HU/UFSC/EBSERH) para responder ao questionário do estudo, sendo excluídas 122 mulheres.

Resultados: A média de dor relatada foi 5,34 e houve diferença ($p < 0,001$) entre as vias de parto. Cesariana apresentou associação com dor intensa referida ($p = 0,006$) e dor acima de oito pela EAV ($p=0,02$). Parto vaginal obteve associação com percepção de analgesia inadequada ($p = 0,04$). Dor intensa referida teve associação com dificuldades para o autocuidado ($p<0,001$) e do recém-nascido ($p = 0,02$), sensação de fraqueza ($p < 0,001$) e de desmaio ($p = 0,02$). Em ambas as vias de parto, o RN encaminhado à UTI ($p=0,01$) e a hemorragia pós-parto ($p=0,002$) apresentaram associação com dor intensa referida. No grupo parto vaginal, houve associação entre parto instrumental ($p=0,04$) e hemorragia pós-parto ($p=0,01^*$) com dor intensa referida; e analgesia inadequada referida com encaminhamento do RN à UTI ($p=0,003^*$). No grupo cesariana, houve associação entre dor intensa referida e encaminhamento do RN à UTI ($p=0,01$); e percepção de analgesia inadequada com ao menos um parto vaginal anterior ($p=0,02^*$).

Conclusões: O conhecimento dos fatores associados à dor no puerpério e da eficácia dos métodos de alívio permitem a elaboração de ações direcionadas para seu manejo.

Palavras-chaves: dor; puerpério; dor no puerpério.

ABSTRACT

Objectives: To assess the prevalence of pain in the immediate postpartum period, factors related to pain and inadequate control.

Method: From October to December 2020, 351 postpartum women were considered eligible (baby births or stillbirths weighing > 500 g and/or gestational age > 22 weeks at HU/UFSC/EBSERH) to answer the study questionnaire, 122 women were excluded.

Result: The mean reported pain was 5.34 and there was a difference ($p < 0.001$) between the modes of delivery. Cesarean section was associated with severe referred pain ($p = 0.006$) and pain above eight by visual analogue scale ($p = 0.02$). Vaginal delivery was associated with perception of inadequate analgesia ($p = 0.04$). Reported severe pain was associated with difficulties for self-care ($p < 0.001$) and care of the newborn ($p = 0.02$), feeling of weakness ($p < 0.001$) and fainting ($p = 0.02$). In both modes of delivery, the newborn referred to the intensive care unit ($p=0.01$) and postpartum hemorrhage ($p=0.002$) were associated with severe referred pain. In the vaginal delivery group, there was an association between instrumental delivery ($p=0.04$) and postpartum hemorrhage ($p=0.01^*$) with severe referred pain; and referred inadequate analgesia with referral of the newborn to the intensive care unit ($p=0.003^*$). In the cesarean group, there was an association between referred severe pain and referral of the newborn to the intensive care unit ($p=0.01$); and perception of inadequate analgesia with at least one previous vaginal delivery ($p=0.02^*$).

Conclusions: Knowledge of factors associated with postpartum pain and the effectiveness of relief methods allow the development of actions aimed at its management.

Keywords: pain; puerperium; postpartum pain.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
DP	Desvio padrão
EAV	Escala Analógica Visual
RN	Recém-nascido
OR	Odds Ratio
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das participantes segundo características sociodemográficas, obstétricas e do atendimento	16
Tabela 2	Caracterização da dor e manejo no pós-parto segundo tipo de parto	18
Tabela 3	Distribuição das participantes que referiram ter sentido dor intensa no pós-parto segundo queixas e sintomas e tipo de parto	19
Tabela 4	Distribuição das mulheres segundo terem referido dor intensa no puerpério, tipo de parto e características sociodemográficas, obstétricas e da assistência	20
Tabela 5	Distribuição das mulheres segundo terem referido analgesia inadequada no puerpério, tipo de parto e características sociodemográficas, obstétricas e da assistência	21

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
<i>ABSTRACT</i>	vi
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	vii
LISTA DE TABELAS	viii
SUMÁRIO	ix
1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
3 MÉTODOS	13
4 RESULTADOS	15
5 DISCUSSÃO	22
6 CONCLUSÃO	27
REFERÊNCIAS	28

1. INTRODUÇÃO

O período subsequente ao parto é denominado puerpério. É caracterizado por modificações locais e sistêmicas no corpo da mulher no intuito de retornar ao estado pré-gravídico. Pode ser dividido didaticamente em imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (após o 45º dia) ^{1, 2}.

A dor é o sintoma mais frequentemente relatado no puerpério imediato ² e pode persistir por meses após o parto ³. A sensação dolorosa é subjetiva e multifatorial, podendo ser modulada por experiências prévias, expectativas e emoções ^{2, 4}. Trata-se de uma experiência negativa, associada a lesão real ou potencial, com consequências físicas e emocionais, podendo resultar em ansiedade e incapacidades temporárias ou permanentes ⁴.

No puerpério imediato, tanto o parto vaginal quanto a cesariana podem resultar em dor ³, seja no períneo ou na incisão cirúrgica. Independente da via de parto, a dor no abdome é frequentemente relatada, em decorrência das contrações uterinas ³. As cólicas são mais intensas durante a amamentação, devido a liberação de ocitocina, que provoca contrações uterinas e cujo objetivo principal é a ejeção do leite ².

A dor perineal pode acontecer independente de trauma na região ⁵. Todavia, considerando que lacerações espontâneas são frequentes no parto vaginal, e que episiotomias ainda são praticadas no cenário obstétrico, muitos estudos associam sua ocorrência com a presença de dor subsequente ^{5, 6}. O sintoma é relatado em até 65% das mulheres com trauma perineal ⁷.

Nas mulheres submetidas a cesariana, a principal queixa é dor na ferida operatória ³. Muitas mulheres optam por esta via de parto por receio das lacerações no períneo e da dor relacionada ao parto vaginal ⁷. Entretanto, a literatura mostra que mulheres submetidas à cesariana relataram mais queixas álgicas em comparação com aquelas submetidas ao parto vaginal ³. Ademais, deve-se considerar os riscos inerentes ao procedimento cirúrgico ⁷.

A paridade pode estar associada à presença de dor no puerpério. Primíparas podem relatar este sintoma com maior frequência devido à falta de conhecimento e preparo, vivência de emoções negativas e preocupações com a saúde do bebê, que resultam em trabalhos de parto mais demorados e assim, mais dor posteriormente ⁶. Entretanto, tal associação só se estabelece em alguns estudos ⁶, sendo negativa em outros ^{2, 7}.

São várias as consequências da dor no puerpério imediato. Necessidades básicas como micção, evacuação e sono são dificultadas. Há irritabilidade e diminuição da capacidade de

concentração^{5, 6}. O exercício da maternidade e o vínculo podem ser prejudicados, pois a amamentação e o cuidado ao recém-nascido tornam-se mais difíceis. Como resultado, a puérpera pode desenvolver problemas psicológicos e emocionais, culminando em uma experiência negativa do parto⁵.

Em relação ao manejo da dor, não existe método único com completa eficácia^{3,5}. Assim, a recomendação é associar terapias medicamentosas e não medicamentosas⁵. O analgésico oral é uma opção comumente prescrita pós-parto vaginal, algumas vezes como rotina hospitalar^{2, 5}. Sua associação com anti-inflamatórios não esteroidais é recomendada quando o alívio da dor perineal não é obtido com medicamento único⁵.

Apesar da sua importância, a dor no puerpério é pouco mensurada e estudada. É importante conhecer a prevalência e quantificar a dor no puerpério, a eficácia dos métodos utilizados para seu alívio e se existem fatores associados com esses aspectos. Assim, podem ser propostas ações específicas para seu manejo. Desta forma, com base nos conhecimentos expostos, a dor no puerpério é um tema de relevância para os profissionais de saúde. Portanto, o objetivo deste estudo é identificar a prevalência de dor em puérperas, descrever suas correlações e seu manejo.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Avaliar a prevalência de dor no pós-parto imediato, fatores relacionados com a presença de dor, e com seu controle inadequado.

2.2. - Objetivos Específicos

- Avaliar prevalência e quantificar níveis de dor no pós-parto imediato
- Avaliar a prevalência de dor no puerpério segundo características sociodemográficas (cor da pele, situação conjugal, classificação socioeconômica, escolaridade, idade)
- Avaliar a prevalência de dor no puerpério segundo características obstétricas (primiparidade, presença de partos anteriores, idade gestacional no momento do parto)
- Avaliar a prevalência de dor no puerpério segundo resultados obstétricos (tipo de parto, internação do RN em UTI neonatal, laceração perineal, sutura, complicações na cesariana)
- Avaliar a prevalência de dor no puerpério segundo características da assistência (presença de acompanhante no parto, uso de medicações para dor, percepção da medicação adequada para dor)
- Avaliar se a presença de dor no pós-parto modifica a percepção da mulher quanto a sua capacidade de cuidar de si e do bebê.
- Avaliar fatores relacionados com controle inadequado da dor (sociodemográficos, características obstétricas, resultados obstétricos).
- Avaliar se o controle inadequado da dor modifica a percepção da mulher quanto à sua capacidade de cuidar de si e do bebê.

3. MÉTODO

3.1. Desenho do estudo:

Observacional, descritivo, transversal.

3.2. Características da amostra:

Foram consideradas elegíveis para o estudo todas as puérperas cujos bebês nasceram vivos ou natimortos com peso > 500 g e/ou idade gestacional > 22 semanas no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago – HU/UFSC/EBSERH. Foram excluídas do estudo mulheres que possuíam algum distúrbio mental grave, que pariram em domicílio ou a caminho do hospital. Para este estudo, foram excluídas também as mulheres que não responderam as questões sobre dor no puerpério.

Considerando que a prevalência de dor intensa em uma população brasileira de puérperas foi relatada por 37,1% das mulheres ⁷ e que o número de partos atendidos no HU-Florianópolis é de aproximadamente 220 partos ao mês (aproximadamente 500 partos no período da pesquisa), o tamanho amostral considerando um nível de confiança de 95% e um erro beta de 5% calculado foi de 209 pessoas. Como este estudo é parte do projeto de pesquisa “complicações obstétricas e puerperais durante a pandemia de COVID19” foram consideradas todas as fichas que preencheram os critérios de inclusão.

3.3. Período do estudo:

Os questionários pós-parto imediato foram aplicados no período de outubro a dezembro de 2020.

3.4. Variáveis estudadas:

As variáveis estudadas foram: presença e nível de dor no puerpério imediato, características sócio demográficas (cor da pele, situação conjugal, classificação socioeconômica, escolaridade, idade), características obstétricas (primiparidade, presença de partos anteriores, idade gestacional no momento do parto), resultados obstétricos (tipo de parto, internação do RN em UTI neonatal, laceração perineal, sutura, complicações na cesariana), características da assistência (presença de acompanhante no parto, uso de medicações para dor, percepção da medicação adequada para dor), percepção da puérpera quanto a sua capacidade de cuidar de si e do bebê.

A cor da pele autodeclarada foi analisada como variável dicotômica, sendo um grupo das mulheres pretas pardas e indígenas e outro as de cor da pele autodeclarada brancas e amarelas.

Para a classificação de classe socioeconômica foram utilizados os Critério de Classificação Econômica Brasil⁸. Esses dados permitem classificar as participantes do estudo em 6 classes sociais: A: renda média de R\$ 22.716,99 / B1: renda média de 10.427,74 / B2: renda média de 5.449,60 / C1: renda média de 3.042,47 / C2: renda média de 1.805,91 / D/E: renda média de 813,56. Para análise comparativa, a variável foi transformada em dicotômica, com as classes A e B em um grupo e C, D e E em outro.

3.5. Procedimentos e técnicas:

As puérperas foram convidadas a participar do estudo no dia provável de alta hospitalar. Foram explicados os objetivos do trabalho e todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a entrevista, o pesquisador responsável coletou os demais dados no prontuário médico.

3.6. Instrumento para a coleta de dados:

Questionário preenchido pelo pesquisador responsável. O instrumento foi previamente testado em amostra semelhante à população da pesquisa.

3.7. Análise estatística:

Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS. Foi considerado um nível de significância estatística de 0,05. Os testes estatísticos aplicados foram qui quadrado ou teste exato de Fisher. Para comparação de médias, foi utilizado o teste t independente. Quando aplicável, foi calculado o risco relativo e respectivo intervalo de confiança 95.

3.8. Aspectos éticos:

O projeto “Complicações obstétricas e puerperais durante a epidemia de COVID-19” (número do parecer 35543120.7.0000.0121, responsável Roxana Knobel) foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSC, seguindo os princípios éticos presentes na resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram respeitados os sigilos éticos e de privacidade de todos os que aceitaram participar da pesquisa após esclarecimento sobre o tema e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4. RESULTADOS

A amostra desta pesquisa foi de 229 puérperas. No período de 10 de outubro a 30 de dezembro de 2020, 351 mulheres que tiveram seus partos no Hospital Universitário da UFSC foram elegíveis para responder a pesquisa. Destas, 91 não participaram: 53 não desejaram realizar o questionário e 38 concordaram, mas não preencheram o questionário por diversos motivos (envolvimento com cuidados com o bebê, consultas multidisciplinares ou não tiveram tempo antes da alta). Neste trabalho, foram excluídas ainda 31 participantes que não preencheram as variáveis de interesse (dor no puerpério).

As características sociodemográficas, obstétricas e do atendimento estão na tabela 1. Em sua maioria, a amostra foi constituída de mulheres jovens, que moram com companheiro, brancas, pertencentes às classes sociais A e B pela ABEP, que exercem atividade remunerada e têm escolaridade elevada.

O pré-natal foi considerado não adequado pelos critérios de Kessner ⁹ para mais da metade da população. A idade gestacional no momento do parto foi em média 38,6 semanas (DP 2,17). Em relação a paridade, a diferença entre múltiparas (50,8%) e primíparas (49,2%) foi discreta (tabela 1).

A taxa de cesarianas nesta amostra foi de 38,5%. Entre as que tiveram parto vaginal, a maioria das participantes teve laceração perineal de primeiro ou segundo grau; quatro episiotomias foram realizadas entre as participantes deste estudo e ocorreu apenas uma laceração de 3º grau (tabela 1). Todas as lacerações de 2º grau ou mais (incluindo as episiotomias) foram suturadas. Entre as 62 lacerações de 1º grau, 34 (54,8%) foram suturadas (dados não tabelados), portanto, entre as mulheres com parto vaginal, 95 receberam sutura perineal (66,4%).

Considerando todas as entrevistadas, vinte e duas puérperas (8,5%) evoluíram com hemorragia pós-parto e vinte mulheres (7,7%) tiveram seu recém-nascido encaminhado à UTI. (tabela 1). Houve 24 partos prematuros (com menos de 37 semanas) na amostra (10,5%) (dados não tabelados).

Tabela 1 - Distribuição das participantes segundo características sociodemográficas, obstétricas e do atendimento

	Média	DP
Idade (N=229)	28,7	6,3
Idade gestacional no momento do parto (N=229)	38,6	2,17
	n	%
Cor da pele (N=229)		
Branca ou amarela	146	63,8
Parda	53	23,1
Preta	27	11,8
Indígena	3	1,3
Grau de escolaridade (N=229)		
Ensino Fundamental incompleto ou menos	22	9,6
Ensino médio incompleto	28	12,2
Completo o ensino médio	119	52,0
Ensino superior ou mais	60	26,2
Classe ABEP (N=229)		
A2, B1, B2	122	56,5%
C1, C2	87	40,3%
D, E	7	3,2%
Mora com companheiro (N=226)		
Não	36	15,9
Sim	190	84,1
Paridade (N=229)		
Primípara	114	49,8%
Múltipara	115	50,2%
Exerce alguma atividade remunerada (N=207)		
Não	76	36,7%
Sim	131	63,3%
Pré-natal adequado (N=219)		
Não	123	56,2
Sim	96	43,8
Teve acompanhante no momento do parto (N=229)		
Não	28	12,2
Sim	201	87,8
Via de parto (N=229)		
Vaginal *	144	62,9
Cesariana	85	37,1

Períneo (N=143)**

Íntegro	20	14%
Laceração de 1º grau	62	43,4%
Laceração de 2º grau	56	39,2
Laceração de 3º grau	1	0,7
Episiotomia	4	2,8%

Hemorragia pós-parto (n=229)

Não	208	90,8
Sim	21	9,2

RN encaminhado à UTI (n=229)

Não	212	92,6%
Sim	17	7,4%

Houve sutura perineal? (N=144*)**

Não	49	34%
Sim	95	66%

*13 partos instrumentais (9,03% dos partos vaginais)

** sem dados de 1 parto vaginal

*** nenhuma mulher submetida a cesariana teve sutura perineal.

Buscou-se mensurar tanto a dor, quanto a sensação da mulher de ter recebido analgesia adequada. Entre as 77 mulheres que tiveram dor intensa, apenas 10 (13%) referiram que não foram adequadamente medicadas para a dor no puerpério. As demais 12 mulheres que referiram essa queixa, não tiveram dor intensa (dados não tabelados).

A média de dor relatada no puerpério imediato pela EAV foi 5,34 (DP 3,23), e houve diferença significativa ($p < 0,001$) entre as mulheres que tiveram parto vaginal (média 4,81 DP 3,35) e as que tiveram cesariana (média 6,27 DP 2,79) (dados não tabelados).

Comparando-se ambas as via de parto, nota-se que a cesariana tem associação significativa com dor intensa referida ($p = 0,006$) (OR de 2,16 IC95% 1,23-3,77) e dor acima de oito pela EAV ($p=0,02$) (OR de 1,97 IC95% 1,1-3,52). Já o parto vaginal tem associação significativa com percepção de analgesia inadequada para a dor ($p = 0,04$) (OR de 3,13 IC95% 1,02-9,62), como mostra a tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização da dor e manejo no pós-parto segundo tipo de parto

	Parto Vaginal (%)	Cesárea (%)	Todas (%)	p*
Dor intensa referida (N=229)	42 (29,2)	40 (47,1)	82 (35,8)	0,006
Dor > 8 pela EAV (N=216)	38 (27,7)	34 (43)	72 (33,3)	0,02
Sentiu que não foi adequadamente medicada para a dor (N=200)	18 (14,6)	4 (5,2)	22 (11)	0,04

*valor de p comparando parto vaginal e cesariana

Quando se compara o grupo de mulheres que referiram dor intensa no pós-parto com o grupo que não apresentou tal queixa, é constatado que as primeiras relataram significativamente mais dificuldade para o autocuidado ($p < 0,001$), dificuldade para o cuidado do recém-nascido ($p = 0,02$), sensação de fraqueza ($p < 0,001$) e sensação de desmaio ($p = 0,02$) (tabela 3). Considerando as mesmas queixas e sintomas separadamente segundo via de parto, as mulheres que tiveram cesariana e dor intensa também apresentam maior dificuldade de autocuidado e de cuidar do bebê, sensação de fraqueza e sensação de desmaio. As que tiveram parto vaginal e dor intensa não apresentaram significativamente mais dificuldade no cuidado (de si ou do bebê), mas apresentaram mais frequentemente sensação de fraqueza e de desmaio.

Ao comparar as mulheres que tiveram dor intensa entre as que tiveram parto vaginal e as que tiveram cesariana, há associação significativa entre cesariana e dificuldade de autocuidado ($p < 0,001$), assim como dificuldade de cuidar do bebê ($p = 0,004$), mas não há diferença significativa para sensação de fraqueza ($p=0,12$) ou desmaio ($p=0,81$) (tabela 3- cálculo de p de comparação entre vias de parto não tabelado).

Tabela 3 - Distribuição das participantes que referiram ter sentido dor intensa no pós-parto segundo queixas e sintomas e tipo de parto

Característica	Parto normal			Cesárea			Todas		
	Dor intensa referida		p	Dor intensa referida		P	Dor intensa referida		p
	Não n (%)	Sim n (%)		Não n (%)	Sim n (%)		Não n (%)	Sim n (%)	
Dificuldade de autocuidado	7 (6,9)	7 (16,7)	0,17*	4 (8,9)	21 (52,5)	<0,001	11 (7,5)	28 (34,1)	<0,001
Dificuldade de cuidar do bebê	11 (10,8)	6 (14,3)	0,57*	6 (13,3)	17 (42,5)	0,003	17 (11,6)	23 (28)	0,002
Sensação de fraqueza	27 (26,5)	31 (73,8)	<0,001	8 (17,8)	23 (57,5)	<0,001	35 (23,8)	54 (65,9)	<0,001
Sensação de desmaio	3 (2,9)	6 (14,3)	0,02*	1 (2,2)	5 (12,5)	0,09*	4 (2,7)	11 (13,4)	0,002

Não houve diferença na média das idades entre mulheres que sentiram dor intensa e as que não sentiram ($p = 0,7$), mesmo quando analisadas separadamente por via de parto. Assim, como não houve diferença significativa da média das idades entre as mulheres que referiram não terem sido adequadamente medicadas para dor ($p=0,22$) (dados não tabelados).

Para as mulheres que tiveram parto normal, foi verificada associação significativa entre dor intensa referida e as variáveis parto instrumental ($p=0,04$) e hemorragia pós-parto ($p=0,01^*$) (tabela 4). Puérperas cujos recém-nascidos foram encaminhadas à UTI ($p=0,003^*$) referiram analgesia inadequada (tabela 5).

Já em mulheres que fizeram cesariana, houve associação significativa apenas entre dor intensa referida e encaminhamento do recém-nascido à UTI ($p=0,01$) (tabela 4). Enquanto que percepção de analgesia inadequada teve associação significativa ao menos um parto normal anterior ($p=0,02^*$) (tabela 5).

Ao considerar ambas as vias de parto, percebe-se que ter tido o recém-nascido encaminhado à UTI ($p=0,01$), assim como ter evoluído com hemorragia pós-parto ($p=0,002$) tem associação significativa com dor intensa referida (tabela 4).

Quando comparados os grupos em relação à cor da pele, não houve diferenças entre eles quanto a dor intensa referida, mas, entre as que tiveram parto vaginal, as mulheres pretas, pardas e indígenas referiram em maior proporção não terem recebido analgesia adequada no puerpério (tabela 5). Há apenas 27 mulheres autodeclaradas pretas na amostra. Dessas, 11 (40,7%) referiram dor intensa. Entre as que fizeram cesariana, as 2 mulheres que referiram analgesia inadequada são pretas (dados não tabelados).

Não houve diferença significativa quanto a referir dor intensa no puerpério ou sentir que não foi adequadamente medicada para dor nas variáveis acompanhante durante o parto e acompanhamento pré-natal inadequado.

Poucas mulheres foram submetidas a episiotomia e apenas uma laceração perineal grave ocorreu entre as mulheres entrevistadas. Duas das quatro mulheres submetidas a episiotomia e a que teve laceração perineal grave referiram dor intensa, mas nenhuma referiu não ter recebido analgesia adequada no puerpério (dados não tabelados).

Tabela 4 - Distribuição das mulheres segundo terem referido dor intensa no puerpério, tipo de parto e características sociodemográficas, obstétricas e da assistência.

Característica	Parto normal			Cesárea			Todas		
	Dor intensa referida		p	Dor intensa referida		P	Dor intensa referida		p
Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)		Não n (%)	Sim n (%)		Não n (%)		
Cor da pele não branca	17 (40,5)	37 (36,3)	0,63	13 (32,5)	16 (35,6)	0,76	30 (36,6)	53 (36,1)	0,94
Classe ABEP C/D	18 (43,9)	41 (43,6)	0,97	14 (36,8)	21 (48,8)	0,28	32 (40,5)	62 (45,3)	0,5
Primípara	19 (45,2%)	58 (56,9)	0,20	20 (50)	17 (37,8)	0,25	39 (47,6)	75 (51)	0,61
Ao menos um parto normal anterior	22 (52,4%)	36 (35,3%)	0,06	6 (15)	11 (24,4)	0,27	28 (34,1)	47 (32)	0,74
Parto instrumental	7 (16,7)	6 (5,9)	0,05*	-	-	-	7 (8,5)	6 (4,1)	0,23*
Laceração de segundo grau	18 (42,9)	43 (43,9)	0,91	-	-	-	18 (22)	43 (29,3)	0,91
RN encaminhado à UTI	1 (2,4)	3 (2,9)	1*	10 (25)	3 (6,7)	0,02	11 (13,4)	6 (4,1)	0,01
Hemorragia pós-parto	7 (16,7)	4 (3,9)	0,01*	7 (17,5)	3 (6,7)	0,18*	14 (17,1)	7 (4,8)	0,002

*teste exato de Fisher

Tabela 5 - Distribuição das mulheres segundo terem referido analgesia inadequada no puerpério, tipo de parto e características sociodemográficas, obstétricas e da assistência

Característica	Parto normal			Cesárea			Todas		
	Refere analgesia inadequada		p	Refere analgesia inadequada		p	Refere analgesia inadequada		p
	Sim n (%)	Não n (%)		Sim n (%)	Não n (%)		Sim	Não	
Cor da pele não branca	11 (61,1)	36 (34,3)	0,03	2 (50)	26 (35,6)	0,62*	13 (59,1)	62 (34,8)	0,03
Classe ABEP C/D	10 (55,6)	41 (41,4)	0,26	2 (50)	30 (42,3)	1*	12(54,5)	71(41,8)	0,25
Primípara	10 (55,6)	57 (54,9)	0,92	1 (25)	31 (42,5)	0,64*	11 (50)	90 (50,6)	0,96
Ao menos um parto normal anterior	8 (44,4)	41 (39,0)	0,67	3 (75)	13 (17,8)	0,03*	11 (50)	54 (30,3)	0,06
Parto instrumental	0 (0)	10 (9,5)	0,35*	-	-	-	0 (0)	10 (5,6)	0,61*
Laceração de 2º grau ou episiotomia	6 (33,3)	49 (45,8)	0,32	-	-	-	6 (33,3)	49 (45,8)	0,32
RN encaminhado à UTI	3 (16,7)	0 (0)	0,003*	0 (0)	13 (17,8)	0,47*	3 (13,6)	13 (7,3)	0,39*
Hemorragia pós-parto	0 (0)	10 (9,5)	0,35*	0 (0)	9 (12,3)	1*	0 (0)	19 (10,7)	0,13*

*teste exato de Fisher

5. DISCUSSÃO

O momento de maior expectativa no ciclo gravídico-puerperal é o parto e a chegada do recém-nascido. Desde o pré-natal, os profissionais de saúde orientam sobre estratégias de manejo da dor durante as contrações vigorosas e o período de expulsão. Entretanto, a dor persiste além do trabalho de parto, sendo considerado o sintoma mais comum do puerpério imediato^{2, 10}. Mas, frente ao recém-nascido nota-se que os cuidados neonatais acabam sendo priorizados em relação às demandas maternas¹¹. Assim, a dor no puerpério é negligenciada, com consequências negativas tanto para a mãe quanto para o bebê¹².

A maioria das participantes da amostra apresentava nível socioeconômico privilegiado: pertenciam às classes A e B da ABEP, com alta escolaridade e atividade remunerada. No estudo de Barbosa *et al* (2017)¹³, referente a um hospital público no Piauí, apenas 30% das puérperas tinham escolaridade acima do ensino fundamental. Já Wielganczuk *et al* (2019)¹⁴, cuja pesquisa teve lugar em duas maternidades públicas do Paraná, relatou acima de oito anos de estudo para mais de 80% de sua amostra. Ainda referente à região sul do Brasil, Marabotti *et al* (2013) ao analisar características de pacientes de uma maternidade filantrópica, encontrou a maioria pertencente à classe C da ABEP¹⁵. Assim, notam-se diferenças no perfil socioeconômico das pacientes obstétricas atendidas em hospitais públicos no Brasil, que provavelmente refletem aspectos culturais e sociais, não podendo ser descartadas mudanças no perfil da população devido à pandemia de COVID e à situação socioeconômica da população no momento deste estudo particular.

No presente estudo, a média de dor relatada pela EAV foi 5,34, semelhante ao encontrado por outros autores, com a intensidade de dor no puerpério variando entre 5,2 e 5,6^{7,10,11}. A cesariana foi a via de parto que obteve associação significativa com dor intensa referida e EAV acima de oito. Este achado é corroborado por Mascarello *et al* (2018) que mostra que mulheres submetidas à cesariana referem 2,4 vezes mais dor em comparação com àquelas que realizam parto vaginal (neste estudo o OR foi de 2,16 (IC95% 1,23-3,77)¹⁶. Essa intensidade da dor pós-cesariana é explicada pelo trauma tecidual direto durante a cirurgia e inflamação subsequente¹⁰.

Neste estudo, optou-se por analisar de forma separada a dor referida e a percepção da mulher sobre como foi medicada para a dor. Evidentemente, as duas variáveis de desfecho são complementares, já que ter dor intensa pode estar relacionada com uma sensação de analgesia não adequada e vice-versa. No entanto, como mostram os resultados, muitas das mulheres que

referiram dor intensa não sentiram que foram inadequadamente medicadas, e muitas mulheres sentiram que receberam pouca medicação analgésica, apesar de não referirem dor intensa.

O parto vaginal apresentou associação significativa com percepção de analgesia inadequada. Isso pode ser explicado pela expectativa das mulheres de sentirem mais dor após a cirurgia cesariana e pelo protocolo do hospital, que inclui analgésico simples e anti-inflamatório em horários determinados na prescrição médica após a cesariana, mas após o parto normal os analgésicos simples e anti-inflamatórios são prescritos apenas sob demanda. Esse protocolo pode gerar um atraso na medicação, já que a mulher precisa solicitar o analgésico ao sentir dor, a equipe deve fornecê-lo e ainda há o tempo para iniciar o efeito da medicação. Desta forma, esses atrasos podem gerar a sensação de ter sido inadequadamente medicada para a dor. Com os achados atuais, uma mudança de protocolo será sugerida.

Foi encontrada associação significativa entre dor intensa referida e sensação de fraqueza e de desmaio. Isso demonstra como o sintoma algico se prolonga além do momento do parto e interfere na qualidade de vida no puerpério. Outro achado foi que a dor intensa se mostrou associada a dificuldades para o autocuidado e cuidado do recém-nascido. A dor no pós-parto prejudica atividades cotidianas da mãe, como o repouso, a micção, a evacuação e a mobilidade^{10, 12}. Esta incapacidade de cuidar de si mesmo pode gerar um impacto psicológico importante, já que no puerpério o cuidado do recém-nascido é muito vinculado à mãe, principalmente pela amamentação⁷. Desta forma, se a puérpera com dor intensa mal consegue cuidar de si própria, é compreensível que relate também dificuldades para cuidar do recém-nascido. Ademais, há de se considerar que na época de coleta dos dados, devido à pandemia de SARS-coV-2, não estava permitida a permanência de acompanhante no alojamento conjunto, assim, os cuidados ao recém-nascido ficavam sob responsabilidade exclusiva da mãe, auxiliada pelos profissionais de saúde. Esta situação de grande demanda materna pode contribuir para uma experiência negativa do pós-parto, prejudicando o exercício da maternidade e a formação do vínculo mãe-filho^{5, 17}.

De forma semelhante a outros estudos^{6,7}, a idade da mulher não obteve associação significativa com dor intensa ou com sentir analgesia inadequada. A associação entre dor e paridade é relatada por Mathias (2015)¹⁸, mas não é encontrada no presente estudo nem em outros dois semelhantes^{7, 11}. Considerando ambas as vias de parto, ter tido o recém-nascido encaminhado à UTI obteve associação significativa com dor intensa referida. O estudo de Brito *et al* (2021) chegou à mesma conclusão, justificando que a necessidade de se deslocar até outra unidade para ter contato com seu filho e a sobrecarga emocional de vê-lo tão jovem precisando de cuidados intensivos parece exacerbar a dor sentida no puerpério⁷. Ademais, sentimentos de

medo, angústia, ansiedade e insegurança gerados pela separação mãe-bebê influenciam negativamente a percepção de dor ⁷.

O parto instrumentalizado praticado no Hospital Universitário pode ser tanto o vácuo extrator quanto o fórceps e foi utilizado em 9,03 % dos partos vaginais, taxa semelhante à descrita por Duarte *et al* (2004) de 9,3% ¹⁹ e próxima à taxa mundial estimada, de cerca de 10% ²⁰. Os instrumentos para ultimateção do parto são aplicados apenas com indicação clínica e desde que as condições adequadas para sua realização estejam presentes. Assim, são consideradas técnicas seguras e eficazes, entretanto, não são isentas de risco ^{20, 21}. Traumatismos de tecidos moles, incluindo lacerações uterinas, cervicais e vaginais, hematomas e lesão de uretra são apenas algumas das complicações maternas que podem ocorrer ao se usar o fórceps ²¹. No caso do vácuo extrator, embora a analgesia seja desejável, ela não é imprescindível para o procedimento, cuja principal complicação é a laceração de trajeto ²¹. O parto instrumental esteve associado a dor intensa neste estudo. A maior ocorrência de lacerações de trajeto pode ser um dos fatores responsáveis por este sintoma. Outros fatores a serem considerados são a indicação do parto instrumental em si, que está associada a períodos expulsivos mais longos e difíceis, assim como a maior manipulação do trajeto do parto que ocorre ao se usar o vácuo e, principalmente, o fórceps ^{20, 21}. Outro fator a ser considerado (embora não tenha sido avaliado neste estudo) é a sensação subjetiva da puérpera que teve um parto com instrumentos, com maior manipulação e, em muitos casos, um período expulsivo mais tenso e difícil.

Outra variável associada com dor intensa no período puerperal foi ter tido diagnóstico de hemorragia pós-parto. Essa complicação é definida como o sangramento excessivo após o nascimento do bebê e pode ocorrer até uma ou duas semanas após o parto, embora seja mais frequente e grave nas primeiras horas ²¹. Trata-se de uma emergência obstétrica, mais frequente após a cesariana e que pode ter consequências graves, sendo uma das principais causas de morte materna em todo o mundo ^{21, 22}. A principal causa de hemorragia pós-parto é a atonia uterina e seu tratamento inclui a ressuscitação volêmica e o uso de drogas uterotônicas ²³. O sangramento pode ser também resultante de traumas – no trajeto de parto ou nas camadas anatômicas da cesariana – ou de retenção de tecido placentário ²³. Por isso, quando não há atonia, ou quando o sangramento é excessivo, o protocolo do Hospital Universitário ²¹ recomenda fazer o exame físico sob anestesia ou analgesia para avaliar lacerações de trajeto e hematomas e prosseguir com a exploração da cavidade uterina. Assim, puérperas que evoluem com hemorragia pós-parto em sua maioria são medicadas com drogas uterotônicas (que causam uma contração uterina prolongada) e necessitam de avaliação minuciosa e, em alguns casos, manipulação da via de parto e/ou avaliação dos planos cirúrgicos ²⁴. A contração uterina que os medicamentos

uterotônicos promovem, assim como as manipulações necessárias para o controle da hemorragia podem explicar os resultados encontrados no presente estudo, que obteve associação significativa entre hemorragia pós-parto e dor intensa, considerando as duas vias de parto e o parto vaginal isoladamente. Sugere-se que esse sintoma seja sempre investigado e medicado adequadamente em mulheres que tiveram essa complicação.

Mulheres pretas, pardas e indígenas referiram ter sido inadequadamente medicadas para a dor no puerpério, considerando ambas as vias de parto e o parto vaginal isoladamente. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Leal *et al* (2017), que aborda as diferenças étnico raciais na atenção ao pré-natal e parto no Brasil. Estes autores relataram que mulheres pretas e pardas apresentaram menor quantidade de consultas e exames de pré-natal, mais dificuldades de acesso à maternidade e eram menos informadas sobre sinais de trabalho de parto do que mulheres brancas ²⁵. Diniz *et al* (2016) encontraram diferenças estatisticamente significativas em relação à presença de acompanhante no parto, em que mulheres pretas e pardas mais frequentemente ficaram sem acompanhantes do que brancas ²⁶. A percepção de analgesia inadequada pode ser uma forma tanto de relatar que ainda existe dor, quanto de descrever a inadequação da assistência para as demandas daquela mulher. O pequeno número de participantes do estudo de cada grupo (preta/parda/índigena) não permite uma análise adequada e generalização dos resultados, mas mostra uma tendência que deve ser considerada, buscando protocolos assistenciais e cuidados específicos para minimizar os possíveis danos causados pelo racismo estrutural dentro da instituição.

Apesar de corresponder a um número pequeno no grupo, mulheres com pelo menos um parto vaginal anterior e que na gestação atual foram submetidas à cesariana relataram terem sido inadequadamente medicadas para a dor, ou seja, persistiram com dor e/ou não sentiram sua queixa adequadamente valorizada. O Hospital Universitário, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde e as evidências disponíveis, prioriza sempre o parto vaginal devido à morbidade, tanto materno quanto fetal, associada à cesariana. Entretanto, a cirurgia deve ser realizada quando existem condições em que o parto vaginal apresenta mais riscos para o binômio. ²¹. Sabe-se que a dor é modulada por experiências prévias ⁷, assim, como a cesariana é inédita para estas mulheres isto pode ter impacto na percepção de dor no pós-parto. Supõe-se também que a preocupação, ansiedade e stress da indicação da cirurgia especificamente para esse grupo de mulheres com parto anterior (que tem maior probabilidade estatística de evoluir para um parto vaginal) podem persistir além do momento da cesariana, aparecendo no puerpério como uma dor inadequadamente medicada.

Este estudo tem algumas limitações. Apesar do número significativo de participantes, ao distribuir os grupos pelas variáveis analisadas, alguns grupos não atingiram um número de participantes necessário para os melhores testes estatísticos, tornando difíceis e pouco generalizáveis as análises dos resultados. Não foi possível analisar, por exemplo, a correlação entre o tipo de sutura perineal e a presença de dor, já que foi um dado difícil de recuperar em prontuários clínicos. O problema de dados obtidos de prontuários é que estes nem sempre estão devidamente preenchidos, criando lacunas de informações, que podem prejudicar a assistência ao paciente e também as atividades de ensino e pesquisa²⁷. Além disso, outro ponto limitante foi a não abordagem da dor no puerpério tardio, visto que esse sintoma pode persistir por vários meses após o parto^{3, 7}. A dificuldade de contactar as puérperas no pós-parto impediu a análise dos dados no puerpério tardio. Uma possível explicação para isso é justamente o terceiro ponto limitante da pesquisa, que são as restrições sociais vivenciadas. Assim, o período singular em que as mulheres participantes da pesquisa estavam vivendo, em meio a pandemia de SARS-CoV-2 pode ter influenciado alguns parâmetros analisados, a exemplo do pré-natal inadequado em mais da metade dos casos e da falta de acompanhante no alojamento conjunto, o que pode explicar a maior demanda materna para cuidados ao recém-nascido e suas consequências físicas e mentais.

No entanto, alguns pontos importantes foram levantados neste estudo. Considerando que mulheres pós-parto vaginal referiram ter sido inadequadamente medicadas para dor, uma mudança de protocolo deve ser sugerida, para que os analgésicos sejam prescritos não apenas quando solicitados, mas de horário. Outro ponto importante refere-se às puérperas cujos recém-nascidos estavam internados na UTI e que relatam apresentar dor intensa. Protocolos específicos de cuidados devem ser elaborados para aliviar sua dor, seja por meio da oferta mais frequente à analgésicos e/ou de abordagem psicológica para o difícil momento que vivem. Também as mulheres que tiveram quadros de hemorragia pós-parto necessitam de maior atenção da equipe de assistência quanto à analgesia no pós-parto. Além disso, outro destaque da atual pesquisa se refere à percepção de analgesia inadequada por mulheres pretas, pardas e indígenas. As diferenças étnico-raciais na atenção à saúde é um tema que merece aprofundamento, principalmente em relação ao cuidado gravídico-puerperal.

6. CONCLUSÃO

A dor no puerpério pode ser uma consequência tanto do parto vaginal quanto da cesariana. No presente estudo, foi analisada quanto a sua intensidade e percepção de analgesia inadequada. Considerando ambas as vias de parto, estes dois parâmetros obtiveram associação com recém-nascido encaminhado à UTI, hemorragia pós-parto e cor de pele não branca.

Em relação ao parto normal, soma-se aos fatores anteriormente descritos o parto instrumental. Na cesariana, foi obtido associação com recém-nascido encaminhado à UTI e ao menos um parto vaginal anterior. Como consequências, a dor prejudica o autocuidado e o cuidado ao recém-nascido. Quando referida como intensa, foi associada à sensação de fraqueza e de desmaio.

Portanto, ao se conhecer os fatores associados à dor no puerpério e a eficácia dos métodos utilizados para seu alívio, podemos elaborar ações específicas para o seu manejo. Assim, as puérperas poderão ter uma experiência mais positiva neste momento único de suas vidas.

REFERÊNCIAS

1. Anna Nery E, Márcia Bachion M. *Diagnósticos de Enfermagem Da NANDA Diagnósticos de Enfermagem Da NANDA Diagnósticos de Enfermagem Da NANDA Diagnósticos de Enfermagem Da NANDA* Vieira F, Bachion MM, Salge AKM, Munari DB *DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NANDA NO PERÍODO PÓS-PARTO IMEDIATO E TARDIO a.*; 2010.
2. Tomasoni T do A, Silva JB, Bertotti TCW, Perez J, Korelo RIG, Gallo RBS. Pain intensity and immediate puerperal discomforts. *Brazilian Journal Of Pain.* 2020;3(2). doi:10.5935/2595-0118.20200047
3. Dutra LRDV, Araújo AMP de H, Micussi MTABC. Non-pharmacological therapies for postpartum analgesia: a systematic review. *Brazilian Journal Of Pain.* 2019;2(1). doi:10.5935/2595-0118.20190014
4. Sperling SG, Roman AR, Gomes JS, Portella MP, Kirchner RM, Stumm EMF. Perceived pain and stress in post-vaginal delivery women. *Revista Dor.* 2016;17(4):289-293. doi:10.5935/1806-0013.20160091
5. Amorim Francisco A, Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira S, de Oliveira Santos J, Maria Barbosa da Silva F. *Artigo Original Avaliação e Tratamento Da Dor Perineal No Pós-Parto Vaginal**. <http://www.peri-rule.bham.ac.uk/>
6. Mathias AER de A, Pitanguí ACR, Vasconcelos AMA, Silva SS, Rodrigues P dos S, Dias TG. Perineal pain measurement in the immediate vaginal postpartum period. *Revista Dor.* 2015;16(4). doi:10.5935/1806-0013.20150054
7. Brito APA, Caldeira CF, Salvetti MDG. Prevalence, Characteristics, and Impact of Pain During The Postpartum Period. *Revista da Escola de Enfermagem.* 2021;55:1-7. doi:10.1590/S1980-220X2019023303691
8. Kamakura W, Mazzon JA. CRITÉRIOS DE ESTRATIFICAÇÃO E COMPARAÇÃO DE CLASSIFICADORES SOCIOECONÔMICOS NO BRASIL. *Revista de Administração de Empresas.* 2016;56(1):55-70. doi:10.1590/S0034-759020160106
9. Nunes JT, Gomes KRO, Rodrigues MTP, Mascarenhas MDM. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cad saúde colet.* 2016;24(2):252-261. doi:10.1590/1414-462X201600020171
10. Fahey JO. Best practices in management of postpartum pain. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing.* 2017;31(2):126-136. doi:10.1097/JPN.0000000000000241
11. Tomasoni T do A, Silva JB, Bertotti TCW, Perez J, Korelo RIG, Gallo RBS. Pain intensity and immediate puerperal discomforts. *Brazilian Journal Of Pain.* 2020;3(2). doi:10.5935/2595-0118.20200047
12. Silva AMN, Santos LM dos, Cerqueira EAC, Carvalho ES de S, Xavier ASG. Characterization of pain resulting from perineal trauma in women with vaginal delivery. *Brazilian Journal Of Pain.* 2018;1(2). doi:10.5935/2595-0118.20180030
13. Barbosa EM, Oliveira ASS de, Galiza DDF de, Barros VL de, Aguiar VF de, Marques MB. Socio-demographic and obstetric profile of pregnant women in a public hospital. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste.* 2017;18(2):227. doi:10.15253/2175-6783.2017000200012
14. Wielganczuk RP, Pinto KRT da F, Zani AV, et al. Perfil de puérperas e de seus neonatos em maternidades públicas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde.* 2019;11(7):e605. doi:10.25248/reas.e605.2019

15. Marabotti Costa Leite B, Barbosa O, Kely T, Mota S. Cogitare Enfermagem Universidade Federal do Paraná. *Cogitare Enfermagem*. 2013;18(2):344-350. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483649271020>
16. Mascarello KC, Matijasevich A, Santos I da S dos, Silveira MF. Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2018;21(0). doi:10.1590/1980-549720180010
17. Santos Santana L, Barreto Silva Gallo R, Cristina Marcolin A, Homs Jorge Ferreira C, Maria Quintana S. *Palavras-Chave Período Pós-Parto Episiotomia Dor Incontinência Urinária Keywords Postpartum Period Episiotomy Pain Urinary Incontinence 1 Fisioterapeuta; Especialista Em Fisioterapia Na Saúde Da Mulher e Pós-Graduanda (Mestrado) Em Ginecologia e Obstetrícia Da.*
18. Mathias AER de A, Pitanguí ACR, Vasconcelos AMA, Silva SS, Rodrigues P dos S, Dias TG. Perineal pain measurement in the immediate vaginal postpartum period. *Revista Dor*. 2015;16(4). doi:10.5935/1806-0013.20150054
19. Duarte G, Coltro PS, Bedone R v, Nogueira AA, Gelonezzi GM, Franco LJ. Trends in the modes of delivery and their impact on perinatal mortality rates. *Revista de Saúde Pública*. 2004;38(3):379-384. doi:10.1590/S0034-89102004000300007
20. *Indicações Do Parto a Fórceps Indications for Forceps Deliveries.* <http://www.bireme.br>
21. Trapani A, de Toledo A, Lia G, et al. *ROTINAS DE OBSTETRÍCIA DA UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO UFSC/ EBSERH.*
22. Sebghati M, Chandraran E. An update on the risk factors for and management of obstetric haemorrhage. *Women's Health*. 2017;13(2):34-40. doi:10.1177/1745505717716860
23. Langhoff-Roos J, Svare J, Lauenborg J, et al. *PHD THESIS DANISH MEDICAL JOURNAL THE 3 ORIGINAL PAPERS ARE.* Vol 65.; 2018.
24. Bilgin Z, Kömürcü N. Comparison of the effects and side effects of misoprostol and oxytocin in the postpartum period: A systematic review. *Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2019;58(6):748-756. doi:10.1016/j.tjog.2019.09.004
25. Leal M do C, Gama SGN da, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN do, Santos RV. The color of pain: racial inequities in prenatal care and childbirth in Brazil. *Cadernos de saude publica*. 2017;33:e00078816. doi:10.1590/0102-311X00078816
26. Diniz CSG, Batista LE, Kalckmann S, et al. Desigualdades sociodemográficas e na assistência à maternidade entre puérperas no Sudeste do Brasil segundo cor da pele: dados do inquérito nacional Nascer no Brasil (2011-2012). *Saúde e Sociedade*. 2016;25(3):561-572. doi:10.1590/s0104-129020162647
27. Ribeiro MC, Dalaneze BS, Peruchi MP de O, Cintra RB. Análise de prontuários de hospital universitário de Mogi das Cruzes, São Paulo. *Revista Bioética*. 2020;28(4):740-745. doi:10.1590/1983-80422020284438