

# Dor relatada por puérperas no alojamento conjunto segundo a via de nascimento

*The pain reported by postpartum women in rooming-in according to the mode of delivery*

Mariana Nunes Miranda Carasek da Rocha<sup>1</sup>, Roxana Knobel<sup>1</sup>, Yasmin Lima Gouveia Arruda<sup>1</sup>, Vitor Leonardo Nandi<sup>1</sup>, Jessica Goedert Pereira<sup>1</sup>, Manuela Beatriz Velho<sup>2</sup>

<https://doi.org/10.5935/2595-0118.20240007-pt>

## RESUMO

**JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS:** A dor é o sintoma mais frequentemente relatado no puerpério imediato. O objetivo deste estudo foi quantificar os níveis de dor e as características sociodemográficas, obstétricas e da assistência associadas à dor intensa e à percepção de analgesia inadequada segundo a via de nascimento. **MÉTODOS:** Estudo observacional, descritivo, transversal, conduzido entre outubro e dezembro de 2020, com uma amostra de 229 puérperas consideradas elegíveis (nativos com peso > 500g e/ou idade gestacional > 22 semanas) para responder ao questionário do estudo.

**RESULTADOS:** A média de dor relatada foi 5,3 pela Escala Analógica Visual (EAV) e houve diferença ( $p < 0,001$ ) entre as vias de nascimento. A cesariana apresentou associação com dor intensa referida ( $p = 0,006$ ) e dor acima de oito pela EAV ( $p = 0,02$ ). O parto vaginal obteve associação com percepção de analgesia inadequada ( $p = 0,04$ ). Entre as mulheres que referiram dor intensa, houve associação com recém-nascido encaminhado à unidade

de terapia intensiva neonatal (UTIN) ( $p = 0,01$ ) e nos casos de hemorragia pós-parto ( $p = 0,002$ ). Entre as mulheres que tiveram parto vaginal, também houve associação entre dor intensa e o parto instrumental ( $p = 0,05$ ). 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 ( $p = 0,002$ ). A percepção de analgesia inadequada esteve associada a parto vaginal ( $p = 0,04$ ) e cor da pele não branca ( $p = 0,03$ ).

**CONCLUSÃO:** A média de dor relatada foi moderada. Dor intensa e percepção de analgesia inadequada estiveram associadas com parto instrumental, recém-nascido encaminhado à UTIN, hemorragia pós-parto e cor de pele não branca.

**Descritores:** Cesariana, Dor, Estudo transversal, Parto normal, Período pós-parto.

## ABSTRACT

**BACKGROUND AND OBJECTIVES:** Pain is the most frequently reported symptom in the immediate puerperium. The aim of this study was to quantify pain levels and sociodemographic, obstetric, and care characteristics associated with severe pain and inadequate analgesia according to the mode of delivery. **METHODS:** Observational, descriptive, cross-sectional study conducted between October and December 2020, with a sample of 229 postpartum women considered eligible (baby born alive, weighing > 500 g and/or gestational age > 22 weeks) to answer the study questionnaire.

**RESULTS:** The mean reported pain was 5.34 by Visual Analogue Scale (VAS) and there was a difference ( $p < 0.001$ ) between modes of delivery. Cesarean section was associated with severe pain ( $p = 0.006$ ) and pain above eight on the VAS ( $p = 0.02$ ). Vaginal delivery was associated with the perception of inadequate analgesia ( $p = 0.04$ ). Severe pain reported was associated with the admission of the baby to the ICU ( $p = 0.01$ ) and cases of postpartum hemorrhage ( $p = 0.002$ ). Among women who gave birth vaginally, there was an association between severe pain and instrumental delivery ( $p = 0.05$ ). Reported severe pain was associated with difficulties in self-care ( $p < 0.001$ ) and care of the newborn ( $p = 0.02$ ), sensation of weakness ( $p < 0.001$ ), and fainting ( $p = 0.002$ ). The perception of inadequate analgesia was associated with vaginal birth ( $p = 0.04$ ) and non-white skin color ( $p = 0.03$ ).

Mariana Nunes Miranda Carasek da Rocha – <https://orcid.org/0000-0002-2870-497X>;  
Roxana Knobel – <https://orcid.org/0000-0001-9180-4685>;  
Yasmin Lima Gouveia Arruda – <https://orcid.org/0000-0002-1025-5352>;  
Vitor Leonardo Nandi – <https://orcid.org/0000-0002-5293-2366>;  
Jessica Goedert Pereira – <https://orcid.org/0000-0003-3828-2739>;  
Manuela Beatriz Velho – <https://orcid.org/0000-0001-660-6978>.

1. Universidade Federal de Santa Catarina, Faculdade de Medicina, Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Florianópolis, SC, Brasil.
2. Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Enfermagem, Florianópolis, SC, Brasil.

Apresentado em 18 de agosto de 2023.

Aceito para publicação em 22 de novembro de 2023.

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

## DESTAQUES

- Mais mulheres submetidas a cesariana referiram dor intensa no pós-parto.
- Mais mulheres com partos vaginais tiveram percepção de analgesia inadequada.
- Internação do recém-nascido em UTIN foi associada com dor e percepção de analgesia inadequada.
- Dor intensa esteve associada com dificuldade de autocuidado e cuidados com o recém-nascido.

Editor associado responsável: Liciane Langona Montanholi

<https://orcid.org/0000-0002-8286-4659>

Correspondência para:

Roxana Knobel

E-mail: roxana.knobel@ufsc.br



This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License.

**CONCLUSION:** The average reported pain was moderate. Intense pain and the perception of inadequate analgesia were associated with instrumental delivery, newborns being referred to the NICU, postpartum hemorrhage, and non-white skin color.

**Keywords:** Cesarean section, Cross-sectional study, Postpartum period, Vaginal delivery.

## INTRODUÇÃO

A dor é o sintoma mais frequentemente relatado no puerpério imediato. Define-se o puerpério como período subsequente ao parto, caracterizado por modificações locais e sistêmicas no corpo da mulher. Este período é dividido didaticamente em imediato (1º ao 10º dia), tardio (11º ao 45º dia) e remoto (após o 45º dia)<sup>1,2</sup>. A dor é uma sensação pessoal e influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais, aprendida pelas vivências prévias e pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico<sup>3</sup>. A dor nesta fase se deve às modificações que o organismo materno deve sofrer para retornar ao estado pré-gravídico, somada às lesões teciduais do parto ou cesariana e às demandas do cuidado do recém-nascido (RN) e amamentação. Independente da via de nascimento, o local de dor mais frequente é no abdômen, em decorrência das contrações uterinas para impedir o sangramento da área placentária e possibilitar o retorno do órgão ao tamanho e volume pré-gestacionais<sup>2,4,5</sup>.

A dor na região do períneo pode ocorrer mesmo na ausência de lacerações visíveis na região<sup>6</sup>. Todavia, há uma associação da dor perineal com lacerações perineais e, principalmente, com a realização de episiotomia<sup>7,8</sup>.

A principal queixa nas mulheres submetidas à cesariana é dor na ferida operatória<sup>4</sup>. Esta via de nascimento é muitas vezes escolhida pelas mulheres que tem receio das lacerações no períneo e da dor relacionada ao parto vaginal<sup>9</sup>. Entretanto, além dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico, mulheres submetidas à cesariana relatam mais queixas algícas durante o puerpério em comparação com aquelas submetidas ao parto vaginal<sup>4,9</sup>.

Durante a amamentação, além da possibilidade de dor e desconforto mamário (principalmente no estabelecimento da pega correta e na apojadura) a dor em cólica é mais intensa devido a liberação de ocitocina, que provoca contrações uterinas e a ejeção do leite<sup>1,2,5</sup>.

O período da pandemia da COVID-19 impôs diversas restrições ao atendimento ao parto e puerpério. A presença do acompanhante de escolha da mulher era garantida durante o trabalho de parto ativo, parto e nascimento e a primeira hora após a dequitação placentária. Depois disso, as puérperas não podiam mais ficar acompanhadas, por dificuldades da estrutura do hospital em garantir o distanciamento e isolamento necessários<sup>10</sup>.

O estudo da dor e da experiência do puerpério tende a ser menos valorizado e pesquisado que a gestação e o parto. Há poucos estudos sobre o puerpério e seu atendimento em 2020, mas sabe-se que o isolamento e a solidão maternas foram exacerbados pela pandemia<sup>11,12</sup>. Nesse mesmo sentido, tanto a falta de acompanhante quanto as incertezas e medos da pandemia podem influenciar a vivência das puérperas<sup>13</sup>.

Existem várias consequências descritas da dor no puerpério imediato, que reforçam a importância de sua mensuração e manejo adequados. Necessidades básicas como micção, evacuação e sono são prejudica-

das<sup>6,9,14</sup>. Ademais, nota-se irritabilidade e diminuição da capacidade de concentração. O exercício da maternidade e o vínculo podem ser prejudicados, pois a amamentação e o cuidado ao RN tornam-se mais difíceis. A dor no pós-parto é fator de risco para interrupção do aleitamento materno exclusivo, percepção de experiência negativa no parto e depressão pós-parto<sup>6,9,15,16</sup>. Qualquer nível de dor pode gerar desconforto e dificuldades, mas a dor intensa tem maior repercussão na saúde da mulher, no vínculo com o RN e no aleitamento<sup>15,16</sup>.

Não existe um método único completamente eficaz para o manejo da dor no puerpério<sup>4,6</sup>. Preocupações com a possível toxicidade de fármacos excretadas pelo leite acabam por limitar muitos estudos a puérperas não nutrízes, o que constitui um fator confundidor<sup>6</sup>. O uso de anestésico simples e anti-inflamatórios não esteroides está disseminado após a cesariana e após o parto vaginal com episiotomia ou lacerações com necessidade de sutura<sup>2</sup>. Para a dor perineal, a recomendação é associar terapias farmacológicas e não farmacológicas<sup>2,4,6</sup>. A percepção do indivíduo sobre a dor deve sempre ser valorizada<sup>3</sup>, assim como fatores de alívio ou piora. A sensação de ter suas queixas pouco valorizadas e o manejo inadequado da dor é mais prevalente entre minorias raciais e suas consequências são pouco estudadas, mas pode interferir na satisfação com o cuidado obstétrico recebido<sup>14,17</sup>.

Apesar da sua importância, a dor no puerpério é pouco mensurada e estudada. Para oferecer um cuidado individualizado, com manejo adequado das queixas algícas e proporcionar uma experiência de parto satisfatória, é essencial conhecer a prevalência de dor intensa, a opinião das puérperas sobre o manejo da dor e se existem fatores associados a essas queixas. Dessa forma, o objetivo deste estudo foi quantificar os níveis de dor e as características sociodemográficas, obstétricas e da assistência associadas à dor intensa e à percepção de analgesia inadequada segundo a via de nascimento.

## MÉTODOS

Esta pesquisa é um estudo observacional transversal. Para a confecção deste artigo, foi utilizada a ferramenta *STrengthening the Reporting of OBServational studies in Epidemiology* (STROBE). O projeto "Complicações obstétricas e puerperais durante a epidemia de COVID-19" (número do parecer 35543120.7.0000.0121) foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e segue os princípios éticos presentes na resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde<sup>18</sup>. As pacientes elegíveis foram esclarecidas sobre o tema e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi conduzido em um hospital universitário no Sul do Brasil no período de outubro a dezembro de 2020. O hospital da pesquisa segue a filosofia de atendimento humanizado, os partos são atendidos preferencialmente em posições verticais, a presença do acompanhante de escolha da mulher é incentivada, há diversos métodos de alívio da dor não farmacológicos disponíveis nas salas de pré-parto, parto e puerpério. Após o parto ou cesariana, sempre que possível, mãe e RN são encaminhados ao alojamento conjunto e, embora a presença do acompanhante também seja incentivada, isso não foi possível durante a pandemia (no período de coleta de dados). No momento da pesquisa, a rotina de cuidado incluía prescrição de analgésicos simples e anti-inflamatórios não hormonais com horários pré-fixados após a cesariana e partos com lacerações de 2º grau

ou mais, e analgésicos simples conforme demanda da puérpera após parto vaginal sem complicações. O uso de compressas geladas perineais também era facultado às puérperas conforme solicitação.

Os dados foram coletados através de um questionário preenchido pela puérpera e de coleta de dados de prontuário hospitalar. O questionário foi elaborado especialmente para a pesquisa, respondido no alojamento conjunto no dia provável de alta hospitalar (pela situação epidemiológica, a alta nesse período era o mais precoce possível, variando de um a três dias para parto vaginal e de dois a quatro dias para cesariana). Na enfermaria de alojamento conjunto, é necessário garantir o repouso e a formação de vínculo entre a mãe e o RN, além disso, ocorrem diversas consultas e intervenções com a equipe multiprofissional (consultoria de aleitamento, orientações nutricionais, atendimento psicológico, visita e orientações da obstetrícia e pediatria, por exemplo). Optou-se por aplicar o questionário no dia da alta hospitalar para avaliar possíveis complicações puerperais e por considerar que outros períodos mais precoces poderiam ser mais incômodos para a puérpera por desfavorecer o descanso e recuperação maternos, gerando mais recusas em participar.

Após a entrevista, o pesquisador responsável coletou dados no prontuário utilizando uma ficha com as variáveis de interesse (descritas a seguir) também elaborada para a pesquisa. Os instrumentos foram previamente testados em amostra semelhante à população da pesquisa (realizado pré-teste na mesma enfermaria, com puérperas e antes do início do estudo). O pré-teste foi avaliado pela concordância das respostas da entrevistada com os dados do prontuário e pela percepção das respondentes quanto à dificuldade de compreender ou preencher o questionário. Após o pré-teste, foram feitas adequações principalmente referentes à formatação (tamanho da letra, espaço para preenchimento das variáveis com resposta aberta) até chegar ao formato utilizado.

O tamanho amostral necessário para avaliar a prevalência de dor considerou a prevalência de dor intensa em uma população brasileira de puérperas (relatada por 37,1% das mulheres)<sup>9</sup> e o número de partos atendidos no HU/UFSC/EBERSH (aproximadamente 220 partos ao mês, portanto, 500 partos no período da pesquisa). O número de participantes necessário foi calculado em 209 pessoas, com um nível de confiança de 95% e um erro beta de 5%. Como este estudo é parte do projeto de pesquisa “Complicações obstétricas e puerperais durante a pandemia de COVID-19”, foram consideradas todas as fichas que preencheram os critérios de inclusão.

Foram consideradas elegíveis para o estudo 351 puérperas cujos RN nasceram vivos com peso >500g e/ou idade gestacional >22 semanas. Foram excluídas do estudo 31 mulheres que não preencheram as variáveis de interesse (dor no puerpério), que possuíam algum distúrbio mental grave, que pariram em domicílio ou a caminho do hospital. Houve recusa de 91 mulheres: 53 não desejaram realizar o questionário e 38 concordaram, mas não preencheram o questionário por diversos motivos (envolvimento com cuidados com o RN, consultas multidisciplinares ou falta de tempo). A amostra final foi composta por 229 participantes (Figura 1).

### Variáveis e medição

O questionário e as instruções para seu preenchimento especificavam que as respostas deveriam considerar todo o período pós-parto, desde o nascimento até o momento de preencher o questionário.

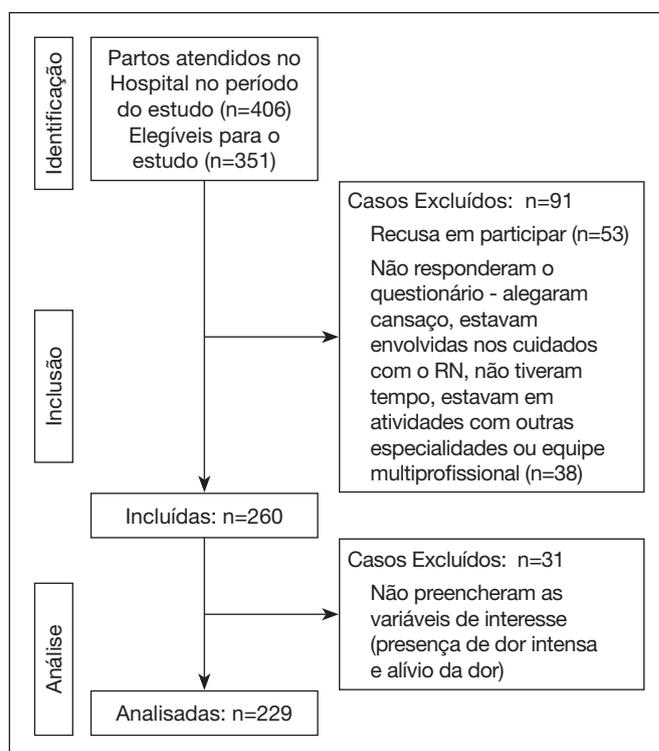


Figura 1. Fluxograma das participantes do estudo.

### Variáveis estudadas

Dor intensa referida: variável dicotômica, resposta à pergunta: “Considerando o período após o parto, você sentiu dor intensa?”

Nível de dor pela EAV: variável quantitativa discreta, como resposta uma escala gráfica em que zero é sem nenhuma dor, e 10 a pior dor que já sentiu, referente ao momento de maior dor no puerpério (desde a saída da placenta até o momento da alta).

Percepção de analgesia inadequada: variável dicotômica, resposta à pergunta: “Considerando o período após o parto, você sente que foi adequadamente medicada para dor?”

Dificuldade de autocuidado e dificuldade de cuidar do RN: variável dicotômica, resposta às perguntas: “Considerando o período após o parto, você sentiu dificuldade de cuidar de você mesma?” “Você sentiu dificuldade em cuidar do RN?” Sensação de fraqueza e de desmaio: variável dicotômica, resposta às perguntas: “Em algum momento desde o parto até agora você sentiu fraqueza?” “Em algum momento você sentiu que ia desmaiar ou desmaiou?”

Além das descritas, as seguintes variáveis foram respondidas pela mulher no questionário autoaplicado: idade (em anos completos), cor da pele (autorreferida), situação conjugal (se coabita com companheiro), escolaridade, paridade (em número de partos e/ou cesarianas anteriores), exerce atividade remunerada, presença de acompanhante no momento do parto.

Para a classificação de classe socioeconômica, a puérpera respondeu uma série de perguntas para permitir a classificação segundo Critério de Classificação Econômica Brasil desenvolvido pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Esses dados permitem classificar as participantes do estudo em seis 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.

A cor da pele foi autorreferida e apresentada como variável qualitativa nominal (branca, amarela, parda, negra, indígena). Pelo pequeno número de participantes em cada subgrupo, e considerando as desigualdades na assistência descritas com relação à cor da pele, essa variável foi analisada como variável dicotômica: um grupo das mulheres negras, pardas e indígenas e outro as de cor da pele autodeclarada brancas e amarelas.

As variáveis descritas a seguir foram consultadas no prontuário e cartão de pré-natal da paciente:

pré-natal adequado (utilizando critérios quantitativos de Kressner<sup>19</sup>), idade gestacional no momento do parto, via de nascimento, presença de hemorragia pós-parto, internação do RN em UTIN, presença e grau de laceração perineal, sutura de laceração perineal.

### Análise estatística

Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS 28.0. Foi considerado um nível de significância estatística de 0,05. Os testes estatísticos aplicados foram o Qui-quadrado ou o teste Exato de Fisher. Para comparação de médias, foi utilizado o teste t independente. Para as variáveis dor intensa autorreferida, dor acima de oito na EAV e percepção de analgesia inadequada, foi calculada a *Odds Ratio* e seu respectivo intervalo de confiança de 95%, na investigação com a variável via de nascimento.

## RESULTADOS

A caracterização sociodemográfica, obstétrica e da assistência mostrou que em sua maioria, a amostra foi constituída de mulheres jovens, brancas, que moram com companheiro, pertencentes às classes sociais A e B, que exercem atividade remunerada e têm escolaridade elevada. Não houve diferença entre multíparas (50,8%) e primíparas (49,2%) (Tabela 1).

O pré-natal foi considerado não adequado pelo índice de Kessner para mais da metade da população. A idade gestacional no momento do parto foi em média 38,6±2,2 semanas. A taxa de cesarianas foi de 38,5% (dados não tabelados). Entre as que tiveram parto vaginal (n=144), a maioria das participantes apresentou laceração perineal de primeiro ou segundo grau, quatro episiotomias foram realizadas e ocorreu apenas uma laceração de 3º grau (Tabela 1). Todas as lacerações de 2º grau ou mais foram suturadas. Entre as 62 lacerações de 1º grau, 34 (54,8%) foram suturadas. Portanto, entre as mulheres com parto vaginal, 95 receberam sutura perineal (66,4%) (dados não tabelados).

Em toda a amostra entrevistada, 22 puérperas (8,5%) evoluíram com hemorragia pós-parto e 20 mulheres (7,7%) tiveram seu RN encaminhado à UTIN (Tabela 1). Houve 24 nascimentos prematuros (com menos de 37 semanas) na amostra (10,5%) (dados não tabelados).

Entre as entrevistadas, 216 preencheram a questão referente à EAV. A média de dor relatada no puerpério imediato foi 5,3±3,2, e houve diferença significativa (p<0,001) entre as mulheres que tiveram parto vaginal (média 4,8±3,4) e as que tive-

**Tabela 1.** Distribuição das participantes segundo características sociodemográficas, obstétricas e da assistência. HU/UFSC/EBSERH. 2020.

Variáveis	Média	DP
Idade (n=229)	28,7	6,3
Idade gestacional no momento do nascimento (n=229)	38,6	2,2
	n	%
Cor da pele autodeclarada (n=229)		
Branca ou amarela	146	63,8
Parda	53	23,1
Negra	27	11,8
Indígena	3	1,3
Escolaridade (n=229)		
Ensino fundamental incompleto	22	9,6
Ensino médio incompleto	28	12,2
Completo o ensino médio	119	52,0
Ensino superior	60	26,2
Classe socioeconômica 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
Multípara	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 nascimento (n=229)		
Vaginal *	144	62,9
Cesariana	85	37,1
Períneo (n=143)		
Íntegro	20	14,0
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 UTIN (n=229)		
Não	212	92,6
Sim	17	7,4
Sutura perineal (n=144†)		
Não	49	34,0
Sim	95	66,0

\*13 partos instrumentais (9,0% dos partos vaginais); † nenhuma mulher submetida à cesariana teve sutura perineal; DP = desvio padrão.

ram cesariana (média 6,3±2,8). Vinte e três mulheres (10,6%) relataram que não sentiram dor, destas, 17 tiveram parto vaginal. Trinta e três mulheres (15,3%) referiram que tiveram dor no nível 10 (pior dor imaginável), destas, 21 tiveram parto vaginal (dados não tabelados).

Buscou-se mensurar tanto a dor, quanto a sensação da mulher de ter recebido analgesia adequada. Entre as 82 mulheres que tiveram dor intensa, apenas 10 (12,2%) referiram que não foram adequadamente medicadas para a dor no puerpério. Vinte e duas mulheres referiram analgesia inadequada, portanto, 12 mulheres que referiram analgesia inadequada não referiram dor intensa (dados não tabelados).

A cesariana mostrou associação significativa com dor intensa referida (p = 0,006) (OR= 2,16 IC95% 1,23-3,77) e dor pela EAV (p=0,004). Já o parto vaginal mostrou associação significativa com percepção de analgesia inadequada para a dor (p = 0,04) (OR= 3,13 IC95% 1,02-9,62) (Tabela 2).

Na avaliação das mulheres que referiram dor intensa, foi constatado significativamente maior dificuldade para o autocuidado, dificuldade para o cuidado do RN, sensação de fraqueza e sensação de desmaio. Ao avaliar as mesmas queixas e sintomas separadamente segundo via de nascimento, as mulheres com dor intensa que tiveram cesariana também apresentam maior dificuldade de autocuidado, de cuidar do RN e sensação de fraqueza. As que tiveram parto vaginal e relataram dor intensa não apresentaram significativamente maior dificuldade no cuidado (de si ou do RN), mas apresentaram mais frequentemente sensação de fraqueza e de desmaio (Tabela 3).

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 nascimento. Também não houve diferença significativa na média das idades entre as mulheres que

referiram não terem sido adequadamente medicadas para dor (p=0,22) (dados não tabelados).

Ao considerar as características sociodemográficas, obstétricas e da assistência, ainda na avaliação das mulheres que referiram dor intensa, foi verificada associação significativa entre ter tido o RN encaminhado à UTIN assim como ter evoluído com hemorragia pós-parto, para todas as mulheres. Na avaliação pela via de parto, para as mulheres que tiveram parto normal, foi verificada associação significativa com as variáveis “parto instrumental” e “hemorragia pós-parto”. Já em mulheres que fizeram cesariana, houve associação significativa apenas entre dor intensa referida e encaminhamento do RN à UTIN (Tabela 4).

Entre as mulheres que relataram analgesia inadequada, a cor da pele não branca apresentou diferença estatística para todas as mulheres. Entre as que tiveram parto vaginal, tanto as mulheres negras, pardas e indígenas quanto as puérperas cujos RN foram encaminhadas à UTIN apresentaram associação com analgesia inadequada no puerpério (Tabela 5). Cabe destacar a existência de 27 mulheres autodeclaradas negras na amostra e destas, 11 (40,7%) referiram dor intensa. Entre as que fizeram cesariana, as duas mulheres que referiram analgesia inadequada eram negras (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 à episiotomia e ocorreu apenas uma laceração perineal grave entre as mulheres entrevistadas. Duas das quatro mulheres submetidas à episiotomia e a que teve laceração perineal grave referiram dor intensa, mas nenhuma referiu ter recebido analgesia insuficiente no puerpério (dados não tabelados).

**Tabela 2.** Caracterização da dor e manejo no puerpério segundo via de nascimento. HU/UFSC/EBSERH. 2020.

	Todas n (%)	Parto Vaginal n (%)	Cesariana n (%)	Valor de p
Dor intensa referida (n=229)	82 (35,8)	42 (29,2)	40 (47,1)	0,006*
Dor pela EAV (n=216)				0,004*
De zero a três	86 (39,8)	66 (48,2)	20 (25,3)	
Entre três e oito	58 (26,9)	33 (24,1)	25 (31,6)	
Maior que oito	72 (33,3)	38 (27,7)	34 (43,0)	
Sentiu que não foi adequadamente medicada para a dor (n=200)	22 (11,0)	18 (14,6)	4 (5,2)	0,04†

\* = Qui-quadrado; † = Exato de Fisher; EAV = Escala Analógica Visual.

**Tabela 3.** Distribuição das participantes que referiram dor intensa no puerpério quanto à percepção de autocuidado e sintomas segundo a via de nascimento. HU/UFSC/EBSERH. 2020 (n= 82).

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

\* Qui-quadrado; † Exato de Fisher.

**Tabela 4.** Distribuição das participantes que referiram dor intensa no puerpério quanto às características sociodemográficas, obstétricas e da assistência segundo a via de nascimento. HU/UFSC/EBSERH. 2020 (n= 82).

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

\* Qui-quadrado; † Exato de Fisher

**Tabela 5.** Distribuição das mulheres que referiram analgesia inadequada no puerpério quanto às características sociodemográficas, obstétricas e da assistência segundo a via de nascimento. HU/UFSC/EBSERH. 2020.

	Analgesia inadequada								
	Todas			Parto normal			Cesariana		
	Sim n (%)	Não n (%)	Valor de p	Sim n (%)	Não n (%)	Valor de p	Sim n (%)	Não n (%)	Valor de p
Cor da pele não branca	13 (59,1)	62 (34,8)	0,03*	11 (61,1)	36 (34,3)	0,03*	2 (50,0)	26 (35,6)	0,62†
Classe socioeconômica ABEP C/D	12 (54,5)	71 (41,8)	0,25*	10 (55,6)	41 (41,4)	0,26*	2 (50,0)	30 (42,3)	1†
Primípara	11 (50,0)	90 (50,6)	0,96*	10 (55,6)	57 (54,9)	0,92*	1 (25,0)	31 (42,5)	0,64†
Parto instrumental	0 (0)	10 (5,6)	0,61†	0 (0)	10 (9,5)	0,35†	-	-	-
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 UTIN	3 (13,6)	13 (7,3)	0,39†	3 (16,7)	0 (0)	0,003†	0 (0)	13 (17,8)	0,47†
Hemorragia pós-parto	0 (0)	19 (10,7)	0,13†	0 (0)	10 (9,5)	0,35†	0 (0)	9 (12,3)	1†

\* Qui-quadrado; † Exato de Fisher.

## DISCUSSÃO

A média de dor relatada pela EAV foi 5,3, semelhante ao encontrado por outros autores, com a intensidade de dor no puerpério entre 5,2 e 5,6<sup>1,9,20</sup>, uma intensidade moderada e capaz de interferir com o bem-estar e atividades de vida diária<sup>9,20</sup>. A cesariana foi a via de parto que obteve associação significativa com dor intensa referida e EAV acima de oito. Este achado é corroborado pelo estudo<sup>21</sup>, que mostrou que mulheres submetidas à cesariana referem 2,4 vezes mais dor em comparação com àquelas que realizam parto vaginal. Pela comparação simples dos resultados com dados prévios à pandemia, o nível de dor relatado pelas puérperas não parece ter aumentado<sup>22</sup>. Queixas algícas são frequentes no puerpério, mas a queixa de dor intensa ou excruciante não é esperada na evolução normal após parto ou cesariana<sup>1,9,14,23</sup>. Neste estudo, optou-se por analisar a dor intensa como variável de desfecho pois é mais associada a desfechos negativos, principalmente psíquicos e referentes ao vínculo com o RN<sup>9,15,16</sup>. A dor intensa mostrou associação com dificuldades para o autocuidado e cuidado do RN, associados principalmente com as puérperas submetidas à cesariana. O sintoma prejudica atividades cotidianas da mulher, como o repouso, a micção, a evacuação e a mobilidade<sup>1,9,20</sup>. Em todas as participantes, a dor intensa esteve relacionada com sensação de fraqueza e de desmaio. Há de se considerar que na época

da coleta dos dados, devido à pandemia de SARS-CoV-2, não estava permitida a permanência de acompanhante no alojamento conjunto. Desta forma, os cuidados com o RN ficavam sob responsabilidade exclusiva da mãe, auxiliada pelos profissionais de saúde<sup>24</sup>. Situação com potencial de gerar maior cansaço, sensação de medo, tristeza, angústia e insegurança<sup>25</sup>, e culminar com quadros mais graves como depressão pós-parto e dificuldades de vínculo com o RN<sup>9</sup>.

Ao avaliar as variáveis relacionadas com referir dor intensa não houve associação com idade, cor da pele, classe social, paridade e presença de laceração de segundo grau. A idade não teve associação com dor intensa em outros estudos<sup>9</sup>. Também não foi encontrada diferença na prevalência ou níveis de dor na comparação entre mulheres brancas, hispânicas e negras<sup>17</sup>. Não houve associação entre dor e paridade em outros dois estudos semelhantes<sup>1,9</sup>. A presença de lacerações de segundo grau (espontânea ou após episiotomia – que ocorreu em quatro casos) não esteve relacionada com maior dor neste estudo nem em outra pesquisa<sup>9</sup>, mas é difícil comparar os resultados, pois há diferenças na forma de descrever e avaliar as lacerações<sup>1</sup>.

Ter tido o RN encaminhado à UTIN obteve associação significativa com dor intensa referida. O estudo<sup>9</sup> chegou à mesma conclusão, com a justificativa de que a necessidade de se deslocar até outra unidade para ter contato com o RN e a sobrecarga emocional de vê-lo tão jovem e sob cuidados intensivos exacerba a dor sentida no puerpério.

Ademais, sentimentos de medo, angústia, ansiedade e insegurança gerados pela separação mãe-RN influenciam negativamente a percepção de dor<sup>9</sup>. Como a dor é influenciada por fatores psíquicos<sup>3</sup>, esse achado pode estar relacionado ao processo de parto e nascimento, provavelmente mais traumático nessas gestações. O tamanho amostral e método desta pesquisa não permitiram avaliar essa associação.

O parto instrumental e a hemorragia pós-parto estiveram associados à dor intensa no puerpério. Não foram encontrados estudos que mostrem uma relação do parto instrumental com dor puerperal. Como o parto instrumental está associado a uma maior prevalência de lesões perineais, lacerações graves, incontinência fecal e retenção/incontinência urinária<sup>23</sup> é possível supor que há um trauma local maior quando instrumentos são necessários. Além disso, a indicação do procedimento está relacionada a problemas, distocias e/ou partos prolongados levando a uma associação do parto assistido com stress pós-traumático<sup>27</sup>, o que também pode explicar essa diferença. Para a hemorragia pós-parto, a contração uterina que os fármacos uterotônicos utilizados no tratamento promovem<sup>28</sup>, somada à manipulação e intervenções necessárias para o controle da hemorragia, podem explicar os resultados encontrados.

Optou-se por analisar de forma separada a dor referida e a percepção da mulher sobre como foi medicada para a dor. Essa percepção pode ser uma forma tanto de relatar que ainda existe dor, quanto de descrever a inadequação da assistência para as demandas daquela mulher. As duas variáveis de desfecho são complementares, já que ter dor intensa pode estar relacionado à sensação de analgesia não adequada e vice-versa. No entanto, nesta amostra, houve mulheres que referiram dor intensa e não sentiram que foram inadequadamente medicadas, assim como algumas mulheres referiram analgesia inadequada, mas não dor intensa. Esse achado merece estudos posteriores, para melhor compreender os fatores associados.

O parto vaginal apresentou associação significativa com percepção de analgesia inadequada. Isso pode ser explicado pela prática adotada no HU/UFSC/EBSERH no momento do estudo, que incluía analgésicos simples e anti-inflamatórios por via oral apenas sob demanda para o pós-parto vaginal. O uso de métodos farmacológicos de alívio da dor conforme necessidade do paciente potencialmente ocasiona atrasos e falhas na analgesia<sup>22</sup>, pela dificuldade de comunicar e avaliar a dor e rotinas do serviço (horários dos fármacos, número de pacientes internados e capacidade de atendimento da equipe e outros fatores). A ausência de acompanhantes no período e as consequentes sobrecargas para a equipe de assistência também devem ter colaborado para aumentar esses atrasos.

A percepção de analgesia inadequada mostrou associação com RN encaminhado à UTIN entre as mulheres que tiveram parto vaginal. Quando o RN é internado e a mãe tem condições clínicas, ela passa longos períodos perto do filho na UTIN, o que pode gerar maiores atrasos na administração do fármaco, potencializados se o fármaco for administrado sob demanda. Mulheres autodeclaradas negras/pardas ou indígenas referiram ter sido inadequadamente medicadas para a dor no puerpério, tanto em toda a amostra quanto nas que tiveram parto vaginal. Estes resultados vão ao encontro do estudo<sup>29</sup>, que aborda as diferenças étnico raciais na atenção ao pré-natal e parto no Brasil, e evidencia inequidades e disparidades relacionadas à raça na atenção à saúde e, consequentemente, nos indicadores finais de saúde. Também são achados de um estudo feito nos Estados

Unidos, o qual mostrou disparidades no manejo da dor pós-parto entre mulheres hispânicas e negras que não são explicadas por uma sensação menor de dor<sup>17</sup>. O pequeno número de participantes do estudo não permitiu uma análise de cada grupo (negra/parda/índigena) separadamente, mas deve servir como alerta para o cuidado adequado a esses grupos raciais.

Este estudo teve algumas limitações. O questionário foi aplicado em um período variável (entre um e quatro dias de pós-parto) o que pode ter modificado a percepção e gerado respostas menos consistentes com relação à intensidade da dor. Apesar do número significativo de participantes, ao distribuir os grupos pelas variáveis analisadas, alguns grupos não atingiram um número de participantes necessário para a realização de testes estatísticos, dificultando as análises. Outro ponto limitante foi a não abordagem da dor no puerpério tardio, pela dificuldade de contatar as puérperas, principalmente devido às restrições sociais vivenciadas na época. O período singular da pandemia de SARS-CoV-2 influenciou alguns parâmetros analisados, a exemplo do pré-natal inadequado em mais da metade dos casos e da falta de acompanhante no alojamento conjunto. Somado a isso, o estudo se referiu a um único hospital, o que torna os resultados menos generalizáveis.

O estudo evidenciou pontos importantes para a assistência. O resultado encontrado de que no pós-parto vaginal as puérperas referiram ter sido inadequadamente medicadas para dor, o que gerou uma mudança da conduta adotada no HU/UFSC/EBSERH que foi sugerida, discutida e implementada, para que os analgésicos sejam prescritos em horários determinados. Ademais, reforça-se que é necessária uma maior atenção da equipe de assistência quanto à analgesia para mulheres que tiveram parto instrumental, hemorragia pós-parto e para aquelas cujos RN estão internados na UTIN. Outro destaque se refere à percepção de analgesia inadequada por mulheres negras, pardas e indígenas. As diferenças étnico-raciais na atenção à saúde refletem um problema social e estrutural nas instituições e constituem um ponto da assistência que deve ser aprimorado<sup>29</sup>, não somente em termos de percepção e adequação de cada membro da equipe de cuidados, mas com condutas assistenciais que visem minimizar essas iniquidades. Novas pesquisas são necessárias para avaliar se houve modificações após a pandemia.

A dor no puerpério é multifatorial e é vivenciada pelas pessoas de forma diferente. Todos os achados da presente pesquisa sugerem a necessidade de protocolos para uma avaliação e manejo da dor no puerpério que seja contínuo e individualizado<sup>30</sup>.

## CONCLUSÃO

As associações encontradas variaram de acordo com a via de nascimento. Em ambas as vias, dor intensa e percepção de analgesia inadequada estiveram associadas com RN encaminhado à UTIN, hemorragia pós-parto e cor de pele não branca. Em relação ao parto normal, soma-se aos fatores já descritos o parto instrumental. Como consequências, a dor prejudica o autocuidado e o cuidado ao RN.

Espera-se que o estudo promova a avaliação contínua dos níveis de dor e desconforto no puerpério e a revisão constante das práticas institucionais adotadas para essa avaliação e consequente manejo.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

### Mariana Nunes Miranda Carasek da Rocha

Análise Estatística, Coleta de Dados, Investigação, Redação - Preparação do Original, Redação - Revisão e Edição, Visualização

### Roxana Knobel

Análise Estatística, Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Redação - Preparação do Original, Redação - Revisão e Edição, Supervisão, Validação

### Yasmin Lima Gouveia Arruda

Análise Estatística, Coleta de Dados, Redação - Revisão e Edição, Validação, Visualização

### Vitor Leonardo Nandi

Análise Estatística, Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Redação - Revisão e Edição

### Jessica Goedert Pereira

Análise Estatística, Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Redação - Revisão e Edição

### Manuela Beatriz Velho

Conceitualização, Investigação, Redação - Preparação do Original, Redação - Revisão e Edição, Validação, Visualização

## REFERÊNCIAS

- Tomasoni TA, Silva JB, Bertotti TC, Perez J, Korelo RI, Gallo RB. Pain intensity and immediate puerperal discomforts. *BrJP*. 2020;3(3):217-21.
- Guerra BO, Lobato G, Nakamura-Pereira M, Rezende-Filho J. Puerpério. In: Rezende-Filho J, Braga A, Junior JA, Nakamura-Pereira M, Amorim M, Nomura R, eds. *Rezende Obstetrícia*. Guanabara Koogan; 2022. 255-63p.
- DeSantana JM, Perissinotti DMN, Oliveira Junior JO, Correia LMF, Oliveira CM, Fonseca PR. Revised definition of pain after four decades. *BrJP*. 2020;3(3):197-8.
- Dutra LR, Araújo AM, Micussi MT. Non-pharmacological therapies for postpartum analgesia: a systematic review. *BrJP*. 2019;2(1):72-80.
- Deussen AR, Ashwood P, Martis R, Stewart F, Grzeskowiak LE. Relief of pain due to uterine cramping/involution after birth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;(10):CD004908.
- Wuytack F, Smith V, Cleary BJ. Oral non-steroidal anti-inflammatory drugs (single dose) for perineal pain in the early postpartum period. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;2021(1):CD011352.
- Silva AM, Santos LM, Cerqueira EA, Carvalho ES, Xavier AS. Characterization of pain resulting from perineal trauma in women with vaginal delivery. *BrJP*. 2018;1(2):158-62.
- He S, Jiang H, Qian X, Garner P. Women's experience of episiotomy: a qualitative study from China. *BMJ Open*. 2020;10(7):e033354.
- Brito APA, Caldeira CF, Salveti MG. Prevalence, characteristics, and impact of pain during the postpartum period. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03691.
- Silva KTV, Gervasio MDG, Cuenca AMB. Lei do acompanhante na mídia: a pandemia e suas implicações nos direitos do parto. *Saúde e Soc*. 2023;32:e220540pt.
- Paixão GPN, Campos LM, Carneiro JB, Fraga CDS. A solidão materna diante das novas orientações em tempos de SARS-COV-2: um recorte brasileiro. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42:e20200165.
- Alderete G, Ferreira H, França AFO, Contiero AP, Zilly A, Silva RMM. Repercussões da pandemia da COVID-19 na atenção à mulher no trabalho de parto e parto: estudo transversal. *Cogitare Enferm*. 2023;28:e86841.
- Morden MV, Ferris EJE, Furtmann J. The socioemotional impact of the COVID-19 pandemic on pregnant and postpartum people: a qualitative study. *CMAJ Open*. 2023;11(4):E716-E724.
- Srinidhi R, D'lima SK, Shahanz, Mateti UV, Sonkusare S. Assessment of pain and maternal complications after normal vaginal delivery. *J Obstet Gynaecol*. 2022;42(5):989-93.
- Makeen M, Farrell LM, LaSorda KR, et al. Associations between postpartum pain, mood, and maternal-infant attachment and parenting outcomes. *Sci Rep*. 2022;12(1):17814.
- Babazade R, Vadhera RB, Krishnamurthy P, Varma A, Doulatram G, Saade GR, Turan A. Acute postcesarean pain is associated with in-hospital exclusive breastfeeding, length of stay and post-partum depression. *J Clin Anesth*. 2020;62:109697.
- Badreldin N, Grobman WA, Yee LM. Racial disparities in postpartum pain management. *Obstet Gynecol*. 2019;134(6):1147-53.
- Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução n 466, de 12 de dezembro de 2012. Published online December 12, 2012. <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- 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):252-61.
- Fahey JO. Best practices in management of postpartum pain. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2017;31(2):126-36.
- Mascarello KC, Matijasevich A, Santos IS, Silveira MF. Complicações puerperais precoces e tardias associadas à via de parto em uma coorte no Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2018;21:e180010.
- Silva GM, Freitas AL, Paula Júnior NF, Giuliani CD. Percepções dos profissionais de enfermagem sobre a dor de pacientes grandes queimados. *Eletronic J Collect Health*. 2023;23(4):1-12.
- Martínez-Galiano JM, Delgado-Rodríguez M, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A. symptoms of discomfort and problems associated with mode of delivery during the puerperium: an observational study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(22):4564.
- Almeida RAAS, Carvalho RHSBF, Lamy ZC, Alves MTSSB, Poty NARC, Thomaz EBAF. Do pré-natal ao puerpério: mudanças nos serviços de saúde obstétricos durante a pandemia da covid-19. *Texto Contexto Enferm*. 2023;31:e20220206.
- Stochero HM, Antunes CS, Smeha LN, et al. Percepções de gestantes e puérperas no contexto de pandemia da covid-19. *Av En Enferm*. 2022;40(Suppl 1):11-22.
- Mathias AE, Pitanguí AC, Vasconcelos AM, Silva SS, Rodrigues PS, Dias TG. Perineal pain measurement in the immediate vaginal postpartum period. *Rev Dor*. 2015;16(4):267-71.
- Carter J, Bick D, Gallacher D, Chang Y. Mode of birth and development of maternal postnatal post-traumatic stress disorder: a mixed-methods systematic review and meta-analysis. *Birth Berkeley Calif*. 2022;49(4):616-27.
- Gallós ID, Williams HM, Price MJ, Merriel A, Gee H, Lissauer D, Moorthy V, Tobias A, Deeks JJ, Widmer M, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ, Coomarasamy A. Uterotonic agents for preventing postpartum haemorrhage: a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 Apr 25;4(4):CD011689.
- Leal MDC, Gama SGND, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CND, Santos RV. The color of pain: racial inequities in prenatal care and childbirth in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2017;33Suppl 1(Suppl 1):e00078816.
- Blumenstock AK, Mauter D. Schmerzassessment unter Geburt : Welche Assessmentinstrumente stellen den Geburtsschmerz unter der physiologischen Geburt nachvollziehbar dar? *Schmerz*. 2023;37(4):250-6.