

**Comparação dos aspectos físico-funcionais e da assistência obstétrica entre mulheres submetidas ao parto vaginal e cesárea**

*Comparison of physical-functional aspects and obstetric assistance between women submitted to vaginal and cesareus*

Érica de Freitas Martins<sup>[a]</sup>, Máyra Carmém Silva de Medeiros<sup>[b]</sup>, Vanessa Patrícia Soares de Sousa<sup>[c]</sup>

<sup>[a]</sup> Fisioterapeuta, Residente Multiprofissional em Saúde Materno Infantil pela Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN), Caicó – RN, Brasil, e-mail:ericafreitasmar@gmail.com

<sup>[b]</sup> Fisioterapeuta, Residente Multiprofissional em Saúde Materno Infantil pela Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN), Caicó – RN, Brasil, e-mail:mayracmed@gmail.com

<sup>[c]</sup> Fisioterapeuta, Profa. Dra. do curso de Fisioterapia da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Santa Cruz – RN, Brasil, e-mail:vanessafisio@gmail.com

**Resumo**

**Introdução:** Durante o ciclo gravídico-puerperal, a mulher passa por modificações que alteram o funcionamento de todos os sistemas corporais, independente da via de parto. **Objetivo:** Comparar aspectos físicos-funcionais e a percepção de assistência ao parto entre mulheres submetidas à cesárea e ao parto vaginal. **Métodos:** Estudo do tipo transversal e analítico com abordagem quantitativa. Os aspectos físicos foram avaliados através de exame físico. A avaliação da funcionalidade foi através da Escala de Avaliação de incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0) e a avaliação da percepção das puérperas em relação à assistência ao parto através da Escala de Bem-Estar Materno em Situação de Parto (BMSP2). A análise da distribuição das variáveis quantitativas foi através do teste de Kolmogorov-Smirnov. Para comparar os aspectos físicos, funcionais e de percepção da assistência ao parto, foi utilizado o teste de Mann-Whitney. Para as variáveis categóricas, relacionadas aos aspectos físicos, foram utilizados o teste Quiquadrado (2x2) ou o teste Qui-

quadro (rx2). Resultados: 1) puérperas que tiveram via de parto cesárea apresentam mais edema, quando comparadas as de parto vaginal ( $p=0,008$ ); 2) as mulheres submetidas a cesárea demoraram mais tempo para a primeira deambulação ( $p=0,001$ ); 3) não há diferença na funcionalidade quando comparados os grupos ( $p=0,90$ ) e 4) puérperas de cesárea apresentaram um mal estar significativamente maior ( $p=0,006$ ). Conclusão: Os resultados desse estudo sugerem que as mulheres submetidas à cesárea estão mais sujeitas a ter edema de membros inferiores, e retardar a primeira deambulação. Além de apresentarem um mal estar com relação a assistência obstétrica.

**Palavras chave:** Período Pós-Parto; Assistência perinatal; Funcionalidade.

## **Introdução**

O nascimento é um processo que envolve a gestação, o parto e o puerpério, e implica em uma experiência complexa que gera várias transformações nos aspectos biológicos (1). Durante o ciclo gravídico-puerperal, a mulher passa por modificações que alteram o funcionamento dos sistemas musculoesquelético, respiratório, gastrointestinais, urinário, endócrino, tegumentar, hematológico, além de mudanças específicas que ocorrem no corpo e colo uterino, tubas uterinas, ovários, vagina, vulva, períneo e mamas (2, 3, 4).

Após o parto por via vaginal, a mulher pode sofrer algum tipo de trauma na região do períneo, resultando em lacerações espontâneas ou episiotomia. Essas lesões podem causar morbidades com surgimento a curto ou longo prazo (5). De maneira imediata, pode-se citar a dor, edema, sangramento vaginal e deiscência de sutura como determinantes nas atividades de caminhar, subir degrau, levantar, urinar, sentar e amamentar (6). Ao considerar a via de parto cesárea, os traumas decorrem, principalmente, da anestesia e da incisão abdominal (7). Ambos gerarão dor na região de ferida operatória, diminui a movimentação intestinal, aumenta o acúmulo de gases, além de resultarem em uma mobilidade física restrita (8). Comumente, a recuperação pós-cesárea é mais prolongada, quando comparada àquela decorrente do parto vaginal. Além disso, é comum o comprometimento do posicionamento adequado para amamentação, e dificuldade nos cuidados com o recém-nascido e no autocuidado (9).

Apesar de, clinicamente, as diferenças físico-funcionais serem percebidas, quando comparadas mulheres submetidas ao parto cesáreo versus o vaginal, ainda são escassos trabalhos científicos que mensurem, através de protocolos validados, tais diferenças.

Outro fator relevante a ser analisado é a percepção da parturiente em relação à assistência ao parto. Trabalhos científicos realizados no Brasil têm mostrado que uma equipe tradicional despreza o protagonismo e as manifestações de dor, gritos e medo apresentados por algumas parturientes (10).

A assistência à mulher no decorrer do parto, consiste no atendimento a solicitações de cuidado a parturiente, direcionando um acompanhamento em todos os estágios clínicos do parto, ou seja, do início do trabalho de parto ao pós parto imediato ou quarto período do parto (11). Essa assistência se estende desde o acolhimento da parturiente no pré-parto, o acompanhamento clínico da progressão de trabalho de parto e monitorização cardíofetal periódica. Além disso, é necessário oferecer a parturiente apoio emocional apropriado, tendo em vista o sentimento de angústia que a mulher pode apresentar nesse período (12).

Ao considerar esses temas, são escassos estudos científicos que comparem as limitações físico-funcionais e a percepção em relação à assistência ao parto, entre mulheres que tiveram parto vaginal e as submetidas à cesariana. Dessa forma, os objetivos desse estudo foram comparar aspectos físicos-funcionais e a percepção de assistência ao parto entre mulheres submetidas à cesárea e ao parto vaginal; traçar o perfil sociodemográfico, clínico e obstétrico dessas mulheres; investigar sobre a presença de dor, edema, diástase abdominal e alterações nos seios; avaliar a funcionalidade e mensurar o bem estar materno, relacionado à assistência ao parto.

## **Método**

### *Delineamento da pesquisa e amostra*

Trata-se de um estudo transversal e analítico com abordagem quantitativa, que foi realizada na maternidade local de Currais Novos /Rio Grande do Norte, o qual teve início após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), N° do parecer 2.563.988, sendo realizado coleta de dados no período de Agosto a Novembro de 2018.

A população foi composta por puérperas submetidas ao parto vaginal (PV) ou cesárea (PC), atendidas na maternidade em questão. O número amostral foi obtido mediante um levantamento realizado na maternidade de estudo, no qual foi constatado que, no período de 4

meses foram atendidas, aproximadamente, 282 mulheres, sendo 116 submetidas ao parto normal, e 166 ao parto cesáreo. Com base nesses dados prévios, foi realizado o cálculo da média e desvio-padrão do número de partos por mês, obtendo-se:  $PV=29\pm 20,5$  e  $PC=41,5\pm 25,5$ . O tamanho da amostra foi calculado através do site OpenEpi.com, considerando os valores obtidos (média±desvio-padrão), um intervalo de confiança de 95%, poder de 80% e razão do tamanho dos grupos de 1 para 1. Assim, a amostra estimada para esse estudo foi de 112 puérperas ( $PV=56$  e  $PC=56$ ). Entretanto, a amostra final desse estudo foi de 40 puérperas ( $PV=20$ ;  $PC=20$ ), isso porque a maternidade em questão passava por uma reforma no período da coleta de dados, que culminou com a diminuição da quantidade de leitos, e conseqüentemente, a diminuição da quantidade de puérperas atendidas no local, além de uma equipe de profissionais reduzida.

#### *Crítérios de inclusão e exclusão*

Foram incluídas na pesquisa, as puérperas que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: (1) estivessem internas no alojamento conjunto do local da pesquisa; (2) terem passado, no mínimo, 4 horas em assistência pré parto, estabelecendo um tempo mínimo de assistência a mulher; (3) ausência de complicações intraparto, como: eclampsia e hemorragias. (4) não ter histórico de complicações durante o período da gestação (gestantes de risco habitual), (5) não estar sob efeito de métodos farmacológicos que interfiram na compreensão e comportamento e (6) aceitarem participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Foram excluídas as puérperas, após cumprir os critérios de inclusão, que se negaram a completar todo o protocolo de avaliação.

#### *Instrumentos e procedimentos de avaliação*

Para avaliação dos aspectos físicos foi utilizado um instrumento elaborado pelos pesquisadores e conteve perguntas relacionadas a: 1) Dados sociodemográficos: idade, estado civil, escolaridade e renda familiar; 2) Dados gestacionais: gravidez anterior, problemas gestacionais, e número de consultas pré natal; 3) Avaliação Física: Mama e mamilos, Amamentação, Diástase abdominal, Lóquios, presença de Edema, Deambulação e dor. A avaliação das mamas e mamilos foi feita através da inspeção e palpação, no qual foi classificado, como: Flácida, Turgida, Ingurgitada (13). Já os mamilos, foram identificados como: Protusos, Semi-Protusos ou Invertidos. Com relação aos dados referentes à amamentação, foi perguntado a puérpera se a mesma estava amamentando, se estava amamentando com dificuldade, ou se não está amamentando.

A medida da diástase abdominal foi obtida através da utilização de um paquímetro. A posição da puérpera para avaliação da diástase foi em decúbito dorsal, com o quadril e joelhos fletidos a 90 graus, posicionados com o auxílio do goniômetro, e com os pés apoiados no leito. Foram então, demarcadas as referências de 4,5cm acima e abaixo da cicatriz umbilical, (1), e em seguida, foi solicitado que a puérpera realizasse a flexão anterior do tronco, com os braços em flexão, até que as espinhas da escápula, anteriormente demarcada com lápis demográfico, afastem-se do apoio. Neste momento, foi realizada a palpação dos limites das bordas mediais do músculo reto abdominal e, logo depois, a mensuração com o adequado posicionamento do paquímetro para aferição precisa das regiões supraumbilicais e infraumbilicais (14, 15).

O edema foi medido por meio do sinal de Godet. Foi realizada uma compressão com o polegar na região pré-tibial, mantendo-a pressionada por 10 segundos, sendo observado se havia formação de depressão. Essa depressão foi avaliada por uma escala de cruces, variando + a +++++. Sendo, 1+ quando tratasse de uma depressão de 2mm; 2+ = 4mm, 3+ = 6mm, 4+ = 8mm (16). A presença de Lóquios foi avaliada através de inspeção, onde a mulher posicionou-se em decúbito dorsal, com a genitália coberta, sendo pedido para expor a fralda. A classificação foi a seguinte: 1) Rubro, (constituídos por pequenos coágulos de coloração avermelhada); 2) Seroso, (aspecto rosado ou marrom); 3) Alba, (aspecto amarelo esbranquiçado) (13). Foi perguntado a puérpera com quantas horas após o parto ela realizou a primeira deambulação. Caso já tivesse deambulado, foi questionada a duração da deambulação. Avaliou-se também a dor em incisão cirúrgica ou em região de episiotomia, assim como a dor em outra região do corpo, através da Escala Visual Analógica de dor (EVA) compreendida como uma linha horizontal de 10 cm, onde uma extremidade indica ausência de dor, e a outra extremidade indica a pior dor possível. A escala classifica como dor leve de 0 a 2; dor moderada de 3 a 7, e dor intensa de 8 a 10 (17).

A avaliação da funcionalidade se deu através da Escala de Avaliação de incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0). Esta foi desenvolvida para refletir a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), no qual consistem em um modelo multidimensional, multidirecional e dinâmico, envolvendo as dimensões do processo saúde e funcionalidade/incapacidade (18,19). O questionário WHODAS 2.0 avalia a funcionalidade em seis domínios, com a finalidade de ofertar um perfil e a medida da funcionalidade e incapacidade de forma confiável e aplicável. Esses domínios são: cognição, mobilidade, autocuidado, convivência com as pessoas, atividades de vida e participação na sociedade. Cada domínio tem uma relação direta com os itens da CIF.

Trata-se de um instrumento validado no Brasil, que se deu através de um estudo que teve como finalidade fazer uma adaptação transcultural para possibilitar seu uso em outros idiomas sem perder sua equivalência conceitual. A equivalência se deu através de um modelo proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que consiste nas seguintes etapas: tradução, retrotradução, equivalência semântica, avaliação dos especialistas, pré teste do instrumento e versão final do WHODAS 2.0., sendo utilizada a versão completa, composta por 36 itens.

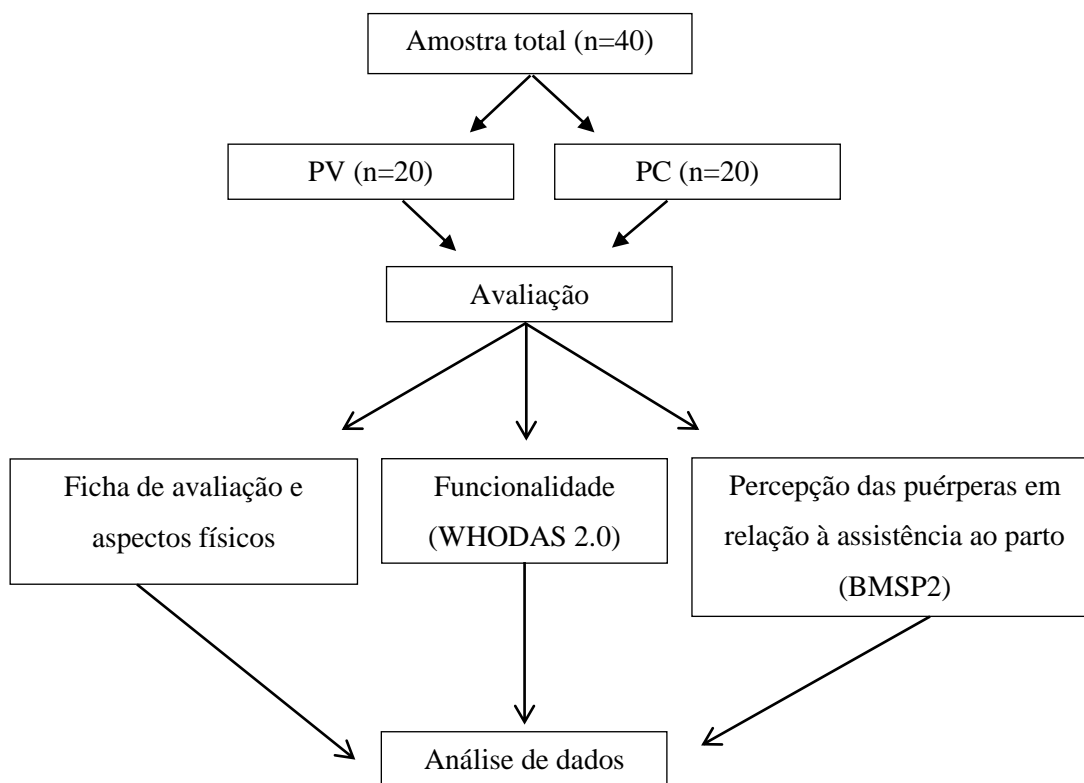
O método complexo, leva em conta níveis múltiplos de dificuldade para cada item, permitindo uma análise mais detalhada, aproveitando as informações das categorias de resposta, no qual usa uma codificação para cada item, classificado como: “nenhum”, “leve”, “moderada”, “grave” e “extrema”. A pontuação se dá em três etapas: 1) soma das pontuações dos itens de cada domínio; 2) soma de todas as pontuações; 3) conversão do resumo de pontuação variando de 0 a 100 (onde 0 = nenhuma deficiência; 100 = deficiência completa) (20). Não foi considerado o domínio de atividades de trabalho ou escola em virtude da amostra ter como ocupação “do lar”. E os aspectos relacionados a atividades domésticas já haviam sido avaliadas no domínio atividades de vida.

Para a avaliação da percepção das puérperas em relação à assistência ao parto foi utilizada a Escala de Bem-Estar Materno em Situação de Parto (BMSP2), que tem como objetivo avaliar o bem estar da mulher em situação de parto. O instrumento é composto por uma escala de 47 itens, no qual são agrupados em 7 dimensões, sendo elas: qualidade de relacionamento durante o cuidado, autocuidado e conforto, condições que propiciam o contato mãe e filho, cuidado despersonalizado, participação familiar contínua, cuidado oportuno e respeitoso, ambiente físico confortável. A pontuação total pode variar entre 47 e 235, sendo o de bem estar materno considerado: ótimo (>200), adequado (183 a 200) e mal estar (<183) (21).

O instrumento foi validado no Brasil através de um estudo do tipo metodológico, sendo utilizado o instrumento traduzido para a língua portuguesa e com adaptações culturais. O estudo concluiu que a versão em português mostrou-se válida e confiável (21).

O fluxograma com os procedimentos da pesquisa está apresentado na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma dos procedimentos da pesquisa.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2019.

### *Análise dos dados*

As variáveis foram categorizadas em seis grupos: sociodemográficas, obstétricas, parto atual, alterações físicas, funcionalidade e assistência ao parto. As variáveis sociodemográficas, obstétricas e do parto atual. Inicialmente, foi realizada a estatística descritiva, com objetivo de caracterizar a amostra. Foram utilizadas frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas, bem como média e desvio-padrão ou mediana e intervalos interquartis para as quantitativas, a depender do tipo de distribuição dos dados (paramétricos ou não paramétricos). A análise da distribuição das variáveis quantitativas foi realizada através do teste de Kolmogorov-Smirnov.

Para comparar os aspectos físicos, funcionais e de percepção da assistência ao parto, entre os dois grupos de estudo (PV versus PC) foi utilizado o teste de Mann-Whitney (variáveis quantitativas e com distribuição não-paramétrica). Para as variáveis categóricas, relacionadas aos aspectos físicos, foram utilizados o teste Quiquadro (2x2) ou o teste Quiquadro (rx2), para tabelas de continência com 2 ou mais categorias, respectivamente. Além do

nível de significância (foi adotado  $P < 0,05$ ), foram apresentadas as medidas de efeito (V de Cramer) para os testes usados, com o objetivo de mensurar os impactos clínicos dos tipos de parto sobre as variáveis desfecho dessa pesquisa, bem como o intervalo de confiança de 95% (IC95%).

## Resultados

A amostra total foi de 40 puérperas, sendo 20 de parto vaginal e 20 de parto cesárea. Os dados da caracterização sociodemográfica e história obstétrica da amostra estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e história obstétrica da amostra estudada de acordo com o tipo de parto.

	Parto vaginal (n=20)	Cesárea (n=20)	X <sup>2</sup>	P	OR (IC)	V de Cramer (P)
<b>Idade</b>	25 (21 – 30,50)	28 (24 – 36,50)	-	0,04	-	-
<b>Estado civil</b>						
Sem companheiro	10%	0%	4,44	0,03	2,25 (1,56-3,42)	0,33 (0,03)
Com companheiro	40%	50%				
<b>Escolaridade</b>						
Ensino Fundamental Incompleto	50%	50%	14,54	0,006	-	0,60 (006)
Ensino Médio Completo	72,7%	27,3%				
Ensino Médio Incompleto	72,7%	27,3%				
Ensino Superior Completo	0,0%	100%				
Ensino Superior Incompleto	50%	50%				
<b>Renda Familiar</b>						
< 1 salário mínimo	66,7%	33,3%	3,81	0,14	-	0,30 (149)
= 1 salário mínimo	57,1	42,9				
> 1 salário mínimo	33,3	66,7				
<b>Gravidez Anterior</b>						
Sim	55,0%	45,0%	0,40	0,52	1,49(,43–5,19)	0,10 (527)
Não	45,0%	55,0%				



<b>Gravidez Planejada</b>						
Sim	36,0%	64,0%	5,22	0,02	0,205(0,50-,.83)	0,36(022)
Não	73,3%	26,7%				
<b>Problemas gestacionais</b>						
Não	55,6%	44,4%	4,08	0,39	-	0,32(394)
Infecção	50,0%	50,0%				
Pré-Eclampsia/ Eclampsia	16,7%	83,3%				
Diabetes	100,0%	0,0%				
Outros	60,0%	40,0%				
<b>Nº de gestações</b>	1,50(0,00-2)	0,00(0,00-2)	-	0,37	-	-
<b>Paridade</b>	0,50(0,00-2)	0,00(0,00-2)	-	0,59	-	-
<b>Nº de abortos</b>	0,00(0,00-1)	0,00(0,00-0,00)	-	0,10	-	-
<b>Nº de consultas pré-natais</b>	8(6-9)	9(7-10)	-	0,29	-	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Quando comparadas as características físicas considerando o tipo de parto, foi observado que as participantes de parto vaginal tiveram uma maior porcentagem de ausência de edema (P=0,008). As demais análises estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Comparação das características físicas, considerando o tipo de parto.

	Parto vaginal (n=20)	Cesárea (n=20)	X <sup>2</sup>	P	V de Cramer (P)
<b>Diástase</b>	2(1,42-2,07)	2(2-2)	-	0,56	-
<b>Mamas</b>					
Flácida	54,5%	45,5%	1,93	0,37	0,22(0,37)
Túrgida	33,3%	66,7%			
Ingurgitada	0,0%	100,0%			
<b>Tipo de mamilo</b>					
Protuso	39,3%	60,7%	4,88	0,08	0,34(0,08)
Semi-Protuso	70,0%	30,0%			
Invertido	100,0%	0,0%			
<b>Amamentação</b>					
Sim, sem dificuldade	43,5%	56,5%	1,14	0,56	0,16(0,56)
Sim, com dificuldade	54,5%	45,5%			

Não	66,7%	33,3%			
<b>Lóquios</b>					
Rubro	45,9%	54,1%	3,24	0,07	0,28(0,07)
Seroso	100,0%	0,0%			
<b>Edema</b>					
0/+4	85,7%	14,3%	11,81	0,008	0,54(0,008)
1/+4	33,3%	66,7%			
2/+4	33,3%	66,7%			
3/+4	0,0%	100,0%			

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2019.

Quando comparado o tempo para a primeira deambulação, considerando o tipo de parto, observou-se que as mulheres submetidas ao parto vaginal, iniciaram a deambulação primeiro que as submetidas ao parto cesáreo ( $P < 0,001$ ). Em relação à funcionalidade, avaliada através do WHODAS, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Tabela 3).

Tabela 3. Comparação da funcionalidade, considerando o tipo de parto.

	Parto vaginal (n=20)	Cesárea (n=20)	P
<b>Deambulação pós-parto (em horas)</b>	7(5-10)	15(12-18)	<b>&lt;0,001</b>
<b>Tempo de deambulação pós-parto (em min.)</b>	6(5-10)	10(5-10)	0,65
<b>WHODAS</b>			
Escore total	16,30(5,98-22,83)	15,21(8,97-33,42)	0,90
Cognição	2,50(0,00-20)	5(0,00-15)	0,92
Mobilidade	28,12(6,25-43,75)	31,25(6,25-60,93)	0,65
Autocuidado	20(2,50-30)	20(0,00-37,50)	0,84
Relações interpessoais	12,50(2,08-16,67)	8,33(0,00-16,67)	0,39
Atividades domésticas	40(2,50-50)	30(2,50-50)	0,67
Participação	8,33(0,00-12,50)	10,41(1,04-31,24)	0,25

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2019.

Com relação a escala de bem-estar materno, pode-se observar que as puérperas de parto cesárea relataram mal estar, quando comparadas as puérperas de parto vaginal. Como observado na Tabela 4.

Tabela 4. Comparação do bem-estar materno em relação ao parto, considerando os dois grupos de estudo.

	Parto vaginal (n=20)	Parto cesárea (n=20)	P	V de Cramer (P)
<b>Escore total</b>	195,50(158,75-208,50)	171(150,50-177,75)	0,006	-
Ótimo	100,0%	0,0%	0,001	0,58(0,001)
Adequado	75,0%	25,0%		
Mal estar	28,0%	72,0%		

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2019.

## Discussão

Obtiveram-se como principais resultados significativos: 1) a ausência de edema em puérperas de pós parto vaginal; 2) as mulheres submetidas a cesárea demoraram mais tempo para a primeira deambulação, quando comparada as de parto vaginal; 3) não há diferença na funcionalidade quando comparados os grupos e 4) a maior porcentagem das puérperas submetidas a cesárea relatou mal estar em relação ao parto.

### *Diferenças físicas*

Sabe-se que durante o período gestacional, o edema pode ocorrer devido ao aumento dos níveis de progesterona, ocorrendo uma hipotonia da musculatura lisa, e consequentemente, uma vasodilatação sistêmica. Isso leva ao incremento no fluxo sanguíneo e elevação da pressão venosa (22). Os resultados encontrados nesse estudo, mostram que o edema teve maior incidência nas mulheres de pós parto cesárea, isso porque, o edema trata-se de uma das complicações pós operatórias mais comuns. Nos procedimentos cirúrgicos, os canais linfáticos e vasos arteriais e venosos, são comprometidos, dificultando a via de drenagem do sistema linfático, além disso, pode ocorrer uma restrição de movimento devido quadro algico em incisão cirúrgica e/ou medo (23,24; 25).

Em um estudo, que teve como objetivo avaliar a frequência de complicações precoces associadas exclusivamente a via de parto, foi realizada uma análise de 314 prontuários de pacientes atendidas em uma clínica privada (PV=157; PC=157). Os autores obtiveram que o edema de membros inferiores fora mais frequentes nas puérperas de pós parto de via cesariana, ( $p=0,03$ ) (26), corroborando com o achados dessa pesquisa.

### *Função e funcionalidade*

Diante das alterações hemodinâmicas decorrente do período gestacional, parto e pós parto, é de extrema importância a deambulação precoce das puérperas, uma vez que auxilia na redução do edema em membros inferiores, sendo também, uma atividade profilática para a prevenção da trombose venosa profunda.

No presente estudo pôde-se observar que as mulheres submetidas ao procedimento cirúrgico da cesárea demoram mais tempo para iniciar a deambulação, e deambularam por mais tempo.

Este resultado, pode ter relação com o procedimento cirúrgico ao no qual essa mulheres foram submetidas, sendo este invasivo e doloroso. A dor pós operatória decorrente da cesárea, que se trata de uma cirurgia de média a grande porte retarda o retorno da mulher as suas atividades, gerando limitações principalmente com relação a mobilidade. A puérpera assume uma postura antálgica, e imóvel no leito (27, 7, 28). Pereira e colaboradores (25) ressaltam a importância da deambulação precoce no pós parto imediato.

Estudos mostram que as mulheres submetidas ao procedimento cirúrgico da cesárea possuem questões relacionadas ao sentimento de ser incapaz, não se dispondo a realizar atividades de forma autônoma, demandando de cuidados de outra pessoa (29).

No presente estudo, afim de comparar o nível de incapacidade e funcionalidade entre os dois grupos, foi utilizado o questionário WHODAS 2.0. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Esse resultado pode ser justificado pelo fato de que, em ambas as vias de parto, existem eventos e/ou procedimentos que interferem diretamente na funcionalidade das puérperas. Estudos mostram que alguns fatores podem influenciar na funcionalidade de mulheres de pós parto vaginal, sendo estes: o trauma perineal (epiotomia, lacerações espontâneas ou ambos), a episiorrafia e a dor (30, 31, 32). Já durante a via de parto cesárea, os fatores que podem interferir na funcionalidade são: a presença de dor abdominal proveniente da incisão cirúrgica, aumento de cólicas abdominais, dificuldade na adoção de determinadas posturas por limitação provindo de ferida cirúrgica (33, 34). Outra justificativa para esse achado é o fato de que o WHODAS é um questionário que considera os dados dos últimos 30 dias para avaliar a funcionalidade. É possível que, ao ser usado um questionário mais específico para o momento em que as mulheres foram entrevistadas, os resultados fossem diferentes.

#### *Bem estar materno em relação à assistência ao parto*

Outro dado relevante foi o nível de mal estar materno com relação à assistência obstétrica, relatado pela maioria das puérperas submetidas à cesárea. Rett et al. (15) afirmam

que mulheres que realizavam a cesárea estavam satisfeitas com relação ao trabalho de parto, porém estava insatisfeitas com relação a dor no pós parto. No entanto, a mulheres de parto vaginal estavam mais satisfeitas com o pós parto e menos satisfeitas com o trabalho de parto e parto. Ferreira Júnior et al (35), evidenciam que as puérperas em sua maioria expressam, satisfação, bem estar e preferência pelo parto vaginal, e relatam experiências negativas e insatisfação com aspectos relacionados ao pós operatório da cesárea. Esses dados corroboram com os achados desta pesquisa.

Atualmente, a discussão sobre Humanização do Parto tem se aprofundado. Entretanto, parece haver um direcionamento específico, apenas, para o parto vaginal. No entanto, é de extrema importância que a humanização se estenda às mulheres que vão parir por via da cesárea, e por vezes, ficam sem receber informação e atenção necessária da equipe. O acolhimento e práticas de humanização são de suma importância para o sucesso da satisfação das mulheres (36, 37). Estudo conduzido com o objetivo de analisar as experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea, mostrou que em ambos os grupos, as mulheres relataram vivências de abandono, frieza e excesso de intervenções. Pôde-se verificar também, uma falta de informações fundamentais para vivenciar com segurança e autodeterminação o parto. A falta de conhecimento acerca de informações que deveriam receber no momento do processo parturitivo constrói uma relação assimétrica com os profissionais de saúde, inviabilizando condições para a tomada de decisões autônomas pelas parturientes (38).

Estudos mostram que a assistência ao parto não está ligada à avanços tecnológicos, e sim ao comportamento e assistência prestada pelos trabalhadores de saúde, fortalecendo o vínculo entre profissionais e indivíduos. Um estudo realizado no hospital Universitário de Santa Catarina verificou que as mulheres mais valorizam na assistência durante o internamento é a atenção imediata as necessidades, o bom humor, a dedicação e a preocupação da equipe (39).

#### *Implicações clínicas do estudo*

É importante compreender as repercussões dos dois tipos de parto no corpo, na funcionalidade e na percepção de bem estar da mulher, pois dessa forma os profissionais de saúde, que assistem à mulher durante todo ciclo gravídico-puerperal, podem traçar orientações e condutas específicas de modo a minimizar as alterações físicas relacionados a este período. Além disso, este trabalho traz aspectos relevantes, relacionados à percepção da usuária do sistema público sobre a assistência oferecida durante o parto, confirmando a importância de se

discutir e, de fato, implementar as boas práticas obstétricas, independente da via de parto. Padronizando as intervenções realizadas na maternidade de estudo segundo as orientações que o Programa de Humanização no Pré- Natal e Nascimento preconiza.

#### *Limitações do estudo*

Apontam-se as seguintes limitações: 1) alterações estruturais e de recursos humanos da maternidade, no período da coleta de dados, o que resultou em um número reduzido de participantes e 2) a ausência de uma avaliação da dor mais aprofundada sobre a dor pós-parto que é comum nas mulheres. Sugerem-se que futuros estudos, com número amostral maior e delineamento longitudinal sejam realizados, a fim de se identificarem os fatores de risco e proteção relacionados às características físicas, funcionais e ao bem-estar em relação à assistência ao parto, em puérperas.

#### **Conclusão**

Os resultados desse estudo indicam que as puérperas que tiveram via de parto cesárea apresentam mais edema; demoraram mais tempo para a primeira deambulação; e apresentaram um mal estar significativamente maior quando comparadas as puérperas de pós parto vaginal. Não havendo diferença na funcionalidade quando comparados os dois grupos.

#### **Referências**

1. Soler DR, et al. Qualidade de vida no puerpério: Avaliação no pós-parto imediato, tardio e remoto. Rev enferm UFPE on line. 2015;9(12):1093-101.
2. Chiarapa TR, Cacho DP, Alves AFD. Incontinência urinária feminina: assistência fisioterapêutica e multidisciplinar. São Paulo: Livraria Médica Paulista; 2007.
3. Carvalho GM. Enfermagem em obstetrícia. 3ª ed. São Paulo: EPU; 2007.
4. Cabral FB, Hirt LM, Van Der Sand ICP. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(2):281-7.
5. Francisco AA, Kinjo MM, Bosco CS, Silva RL, Mendes EPB, Oliveira SMJV. Associação entre trauma perineal e dor em primíparas. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(1):40-5.
6. Riesco MLG, Costa ASC, Almeida SFS, Basile ALO, Oliveira SMJV. Episiotomia, laceracao e integridade perineal em parto normais: análise de fatores associados. Rev Enferm UERJ. 2011;19(1):77-83.

7. Sell SE, Beresford PC, Dias HHZR, Garcia ORZ, Santos EKA. Olhares e saberes: Vivencias de puerperas e equipe de enfermagem frente a dor pos cesariana. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(4):766-74.
8. Chin EG, Vincent C, Wilkie D. A comprehensive description of postpartum pain after cesarean. *JOGNN.* 2014;43(1):729-41.
9. Stephenson RG, O' Connor LJ. *Fisioterapia aplicada à ginecologia e obstetrícia.* Barueri, SP: Manole, 2004
10. Figo J, Ferreira DG, Ascari RA, Marin SM, Adany EK, Busnello G. Assistência de enfermagem e a perspectiva da mulher no trabalho de parto. *Cogitare Enferm.* 2013;18(4):761-6.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/MS; 2001.
12. Gonzalez AD, Fernandes ES, Silva EF, Rabelo M, Souza SRRK. A percepção do acompanhante no processo do nascimento. *Cogitare Enferm.* 2012;17(2):3104.
13. Wall OBM. Avaliação de enfermagem: anamnese e exame físico (adulto, criança e gestante). Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem (COMISAE). – Curitiba: Hospital de Clínicas, 2014.
14. Borges F S, Valentin EC. Tratamento da Flacidez e diástase do reto abdominal no puerpério de parto normal com o uso de eletroestimulação muscular com corrente de media frequência Estudo de caso. *Revista Brasileira de Fisioterapia Dermato-Funcional,* 2002;1(1).
15. Rett MT, Bernardes NO, Santos AM, Oliveira MR, Andrade SC. Atendimento de puérperas pela fisioterapia em uma maternidade pública humanizada. *Fisioter Pesq.* 2008;15(4):361-6.
16. COELHO, E.B. Mecanismos de formação e edemas. *Medicina Ribeirão Preto.* 2004;37:189-98.
17. Bottega FH, Fontana RT. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. *Texto contexto Enferm.* 2010;19(2):283-90.
18. Di Nubila Hb. Uma introdução à CIF: Classificação Internacional de funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2010;35:122–3.
19. Sampaio RF, Luz Mt. Funcionalidade e incapacidade humana: explorando o escopo da classificação internacional da Organização Mundial da Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2009;25:475–83.
20. Silveira CB, Parpinellia MA, Pacagnella RC, Camargo RS, Costa ML, Zanardia DM, et al. Adaptação transcultural da Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0) para o Português. *rev assoc med bras.* 2013;59(3):234–240.

21. Jamas M T. Adaptação cultural e validação para língua portuguesa da ‘Escala de Bemestar Materno em situação de Parto (BMSP 2).[tese]. São Paulo. Escola de Enfermagem da USP, 2013.
22. Machado FP, et al. Efeitos da técnica de drenagem linfática manual durante o período gestacional: revisão de literatura. *Ter Man.* 2012;48(10).
23. Elwing A, Sanches O. Drenagem linfática manual: teoria e prática. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2010.
24. Lange A. Drenagem linfática no pós operatório das cirurgias plásticas. Curitiba: Vitória. Gráfica e Editora, 2012.
25. Pereira TRC, et al. Existe associação entre os desconfortos no puerpério imediato e a via de parto? Um estudo observacional. *ABCS Health Sci.* 2017;42(2):80-4.
26. Zimmermann JB, et al. Complicações puerperais associadas à via de parto. *Rev Med. Minas Gerais*, 2009;19(2):109-16.
27. Sousa L, et al. Mensuração e características de dor após Cesárea e sua relação com limitação de atividades. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, 2009;22(6):741-747.
28. Costa NS, et al. Prática do autocuidado e demandas por cuidados de enfermagem pelas puérperas. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, Uberaba, 2013;2(1):75-88.
29. Medeiros TML, Marcelino JFQ. Percepção de puérperas sobre o seu desempenho ocupacional no pós-operatório da cesariana. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, São Carlos, 2018;26(1):97-109.
30. Declercq ER, et al. Major Survey Findings of Listening to Mothers(SM) III: New Mothers Speak Out: Report of National Surveys of Women’s Childbearing Experiences. *J Perinat Educ.* 2014;23(1):17-24.
31. Francisco AA, et al. Efecto del dolor perineal em las actividades de mujeres sometidas a episiotomía. *Index enferm Granada.* 2012;21(3):150-4.
32. Beleza ACS, et al. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividades. *Rev bras enferm Brasília.* 2012;65(2):264-8.
33. Hardy-Fairbanks AJ, et al. Intensity and unpleasantness of pain following vaginal and cesarean delivery: a prospective evaluation. *Birth.*2013;40(2):125-33.
34. Wen L, Hilton G, Carvalho B. The impact of breastfeeding on postpartum pain after vaginal and cesarean delivery. *J Clin Anesth.* 2015;27(1):33-8.
35. Ferreira Junior AR, et al. DISCURSO DE MULHERES NA EXPERIÊNCIA DO PARTO CESÁREO E NORMAL . *Rev. Saúde.Com.* 2017;13(2):855-862.
36. Pereira RR, Franco SC, Baldin N. Representações sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. *Saúde Soc.* 2011;20(3):579-89.



37. Vieira SM, et al. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. *Texto Contexto Enferm.* 2011;20:255-62.

38. Gama AS, et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2009;25(11):2480-8.

39. Santos OMB, Siebert ERC. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. *Int J Gynaecol Obstet.* v.75, Suppl 1, p.73-9, 2001.