



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

de Sousa, Lígia; Rodarti Pitangui, Ana Carolina; Azevedo Gomes, Flávia; Spanó Nakano, Ana Márcia;
Jorge Ferreira, Cristine Homsí

Mensuração e características de dor após cesárea e sua relação com limitação de atividades

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 22, núm. 6, diciembre, 2009, pp. 741-747

Escola Paulista de Enfermagem

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023847003>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Mensuração e características de dor após cesárea e sua relação com limitação de atividades*

Measurement and characteristics of post-cesarean section pain and the relationship to limitation of physical activities

Medida y características del dolor después de una cesárea y su relación con la limitación de actividades

Lígia de Sousa¹, Ana Carolina Rodarti Pitangui², Flávia Azevedo Gomes³,
Ana Márcia Spanó Nakano⁴, Cristine Homsy Jorge Ferreira⁵

RESUMO

Objetivo: Mensurar e caracterizar a dor após cesárea e verificar sua relação com a limitação de atividades. **Métodos:** pesquisa descritiva com 60 puérperas após cesárea. Para avaliação da dor foram usadas a Escala Numérica e o Questionário de Dor McGill. As limitações de atividades foram avaliadas por instrumento elaborado pelas pesquisadoras. **Resultados:** a dor após a cesárea apresenta maiores escores no movimento de sentar e levantar. A dor é caracterizada como “incômoda”, “que prende” e “que repuxa”. Todas as participantes relataram que a dor limitava o movimento de sentar e levantar. **Conclusão:** foi possível observar que a dor após a cesárea é caracterizada como moderada. A dor promove limitação principalmente nas atividades de sentar e levantar e caminhar.

Descritores: Cesárea; Dor; Atividades cotidianas; Limitação da mobilidade.

ABSTRACT

Objectives: To measure and characterize post cesarean section pain and to verify its relationship with limitations of physical activities. **Methods:** Descriptive study with 60 women in the post-operative period of cesarean section. Pain was measured with both the Numeric Scale and the McGill Pain Questionnaire. Limitations of physical activities were measured with a specific instrument developed for the study. **Results:** Sitting down and standing up were the physical activities with the highest pain scores. All participants reported that the pain limited their movements for sitting down and standing up and characterized the pain as “annoying”, “grasping” and “straining.” **Conclusion:** Post cesarean section pain was rated as moderate. The pain led to limitations of physical activities for sitting down, standing up, and walking.

Keywords: Cesarean section; Pain; Activities of daily living; Mobility limitation.

RESUMEN

Objetivo: Medir y caracterizar el dolor después de una cesárea y verificar su relación con la limitación de actividades cotidianas. **Métodos:** Investigación descriptiva con 60 puérperas después de una cesárea. Para evaluar el dolor fueron usadas la Escala Numérica y el Cuestionario del Dolor McGill. Las limitaciones de actividades fueron evaluadas por un instrumento elaborado por las investigadoras. **Resultados:** El dolor después de la cesárea presenta mayores puntajes en los movimientos de sentarse y levantarse. El dolor es caracterizado como “incómodo”, “que sujeta” y “que se estira”. Todas las participantes relataron que el dolor limitaba los movimientos de sentarse y levantarse. **Conclusión:** Fue posible observar que el dolor después de la cesárea es caracterizado como moderado. El dolor promueve limitaciones principalmente en las actividades de sentarse, levantarse y caminar.

Descriptores: Cesárea; Dolor; Actividades cotidianas; Limitación de la movilidad.

* Trabalho desenvolvido na Maternidade do Complexo Aeroporto – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

¹ Pós-graduanda (Doutorado) em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP - da Universidade de São Paulo (USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

² Pós-graduanda (Doutorado) em Enfermagem em Saúde Pública pela EERP - USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

³ Doutora. Professora do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da EERP - USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁴ Professora Associada do Programa de Enfermagem em Saúde Pública da EERP - USP – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

⁵ Doutor. Professora do Departamento de Biomecânica, Medicina e Reabilitação do Aparelho Locomotor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

O Brasil apresenta um alto índice de cesárea, podendo ser considerado um problema de saúde pública⁽¹⁾. Segundo o Sistema de Informação de Nascidos Vivos em 2004, 41,75% das mulheres brasileiras tiveram seus filhos por cesárea, 58,03% por parto vaginal e em 0,22% os dados foram ignorados⁽²⁾. Este índice difere entre as regiões dos estados brasileiros, sendo mais alto nas regiões Sudeste e Sul, diferença relacionada a fatores médicos e hospitalares entre as regiões⁽³⁾.

A Organização Mundial de Saúde recomenda um índice de cesárea de 10% a 15% de todos os partos⁽⁴⁾. A cesárea deve ser utilizada quando, durante a evolução da gravidez, trabalho de parto ou parto, surgem situações específicas em que o procedimento cirúrgico se torna necessário para preservar a vida da mãe e/ou do feto⁽⁵⁾. Este tipo de parto foi reconhecido como técnica segura para a obtenção de melhores resultados obstétricos tornando-se uma das razões para justificar o aumento do número de cesáreas. No entanto, seu uso não levou a uma redução na morbidade e mortalidade materna. Ao contrário, a cesárea aumenta a mortalidade e as morbidades como sangramentos, infecção, dor, entre outras⁽⁶⁾.

A dor, presente após a cesárea, dificulta a recuperação e retarda o contato da mãe com o recém-nascido, além de ser obstáculo ao bom posicionamento para a amamentação, para o autocuidado, os cuidados com o recém-nascido e para realizar atividades cotidianas, como sentar e levantar, caminhar, realizar higiene íntima, entre outras⁽⁷⁾. No pós-operatório de cesárea a dor é caracterizada como aguda, ou seja, apresenta início súbito com término previsível, e está intimamente ligada ao dano tecidual devido às reações inflamatórias decorrentes de um processo traumático, que produzem a dor⁽⁸⁾. Mesmo tendo ocorrência universal, a dor pós-operatória é freqüentemente ignorada, podendo afetar a satisfação do paciente e diminuir sua qualidade de vida⁽⁹⁾.

É importante destacar que a puérpera de parto cesárea apresenta uma condição particular durante seu período pós-operatório, quando comparada a pacientes submetidos a outros procedimentos cirúrgicos, pois apresenta maior necessidade de se movimentar para cuidar do recém-nascido e de si e, assim, está sujeita a sentir mais dor no local da incisão cirúrgica.

Vale salientar a necessidade de recursos para avaliar e caracterizar a dor após cesárea, buscando uma assistência humanizada no puerpério e recursos adequados para seu tratamento. Porém, a dor, por ser um evento pessoal e subjetivo, com característica multidimensional e moldada por uma variedade de influências, envolvendo as dimensões psicológicas, emocionais, cognitivas, sociais e culturais, apresenta difícil avaliação⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Existe uma necessidade de avaliar a dor, não apenas por instrumentos unidimensionais, capazes de quantificar a dor; mas por meio de instrumentos multidimensionais que avaliam a dor globalmente, apresentando suas características qualitativas⁽¹²⁾.

Deste modo, a avaliação global da dor e suas repercussões

em algumas atividades mostram-se fundamentais no pós-operatório de cesárea. Baseado neste contexto, o objetivo da pesquisa foi mensurar e caracterizar a dor após cesárea e verificar sua relação com a limitação de atividades cotidianas.

MÉTODOS

Este estudo caracteriza-se como pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada na Maternidade do Complexo do Aeroporto, situada em uma cidade do interior do estado de São Paulo, que tem convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), e atende exclusivamente gestantes de baixo risco.

O projeto da pesquisa foi aceito pela instituição em que foi realizada e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – SP, sob o Protocolo nº 0660/2006.

Foram convidadas, e aceitaram participar da pesquisa 60 puérperas submetidas a cesárea, não havendo perdas. Foi garantido a todas o direito de deixar de participar da pesquisa em qualquer fase, e que a pesquisa não iria interferir na assistência prestada a elas e aos recém-nascidos na maternidade. Estando de acordo com os procedimentos da pesquisa, as puérperas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução nº 196/96, a fim de garantir os padrões éticos da pesquisa.

Para isto, utilizou-se uma escala unidimensional de avaliação da dor, a Escala de Categoria Numérica⁽¹³⁾, e uma escala multidimensional, para caracterizar a dor, o Questionário de Dor McGill, em sua versão adaptada e validada para a língua portuguesa por Castro⁽¹⁴⁾.

As participantes da pesquisa deveriam apresentar os seguintes critérios de inclusão: idade superior a 18 anos, primíparas ou múltiparas, incisão tipo Pfannestiel, puérperas não submetidas à esterilização cirúrgica, alfabetizadas e com capacidade de compreensão das Escalas de Dor utilizadas. Foi estabelecido que as participantes que apresentassem qualquer intercorrência após a cesárea, tais como hemorragia ou infecção, seriam excluídas da pesquisa.

O estudo foi realizado no período fevereiro a maio de 2007. A coleta foi iniciada 24 horas após a cesárea, quando há aumento de movimentação devido à amamentação e cuidados com o recém-nascido e consigo mesma, fatores contribuintes para aumento da dor⁽¹⁵⁾. Para a coleta de dados, foi esperado um período de oito horas e seis horas após a administração de antiinflamatório e analgésico, respectivamente. Este período leva em consideração o tempo de ação dos medicamentos, evitando seu efeito na avaliação da dor.

Como critério de avaliação da dor foi utilizada a Escala de Categoria Numérica. Esta Escala de Dor é de fácil aplicação e entendimento e é comumente usada em estudos que avaliam a dor^(13,15). É uma escala horizontal cuja extremidade esquerda, ou grau 0 de dor, significa ausência de dor e aumenta gradativamente até extremidade direita, ou grau 10 de dor, que representa nível de dor extremo. Foram dadas instruções quanto ao uso e aplicação da escala, conceituando-

a por meio de descritores verbais (0 = sem dor; 1-3 = dor branda; 4-6 = dor moderada; 7-10 = dor severa). Em seguida, a puérpera foi questionada da seguinte maneira em relação à Escala Numérica: “Qual número você dá para a dor que está sentindo agora?”⁽¹²⁾. Esta escala foi respondida em três situações diferentes: com a participante em repouso, ao realizar o movimento de sentar e levantar e ao caminhar, visando analisar os diferentes escores de dor durante atividades básicas.

O Questionário de Dor McGill, adaptado e validado para a língua portuguesa, foi utilizado para avaliar a dor qualitativamente. A participante informou o Padrão Temporal da Dor (contínua, ritmada, momentânea), a Localização da Dor (localizada e difusa) e o Tipo de Dor (superficial, profunda ou mista). Em seguida, foram relatadas as qualidades da dor, formada por um conjunto de 68 palavras divididas em quatro categorias do McGill: sensorial, afetiva, subjetiva e mista que descrevem experiências dolorosas em geral. As puérperas participantes do estudo foram orientadas a escolher apenas uma ou nenhuma palavra de cada categoria. Foi avaliada também a Intensidade de Dor Presente, por meio de palavras âncora: (0) sem dor, (1) fraca, (2) moderada, (3) forte, (4) violenta e (5) insuportável⁽¹⁴⁾.

Para caracterizar as limitações cotidianas promovidas pela dor após a cesárea, foi desenvolvido um Questionário de Limitação Funcional, pelos pesquisadores do estudo. O questionário apresentava algumas atividades de funções e a participante relatava sim (se a função estava limitada pela dor), não (se a função não estava limitada pela dor) e não realizou (se a função ainda não havia sido realizada). Este questionário avaliou a limitação das seguintes atividades: sentar e levantar, andar, urinar, evacuar, realizar higiene íntima, tomar banho, entre outras, alimentar-se e amamentar.

A análise dos dados foi precedida pela elaboração de um banco de dados no aplicativo Excel, utilizado para codificação das variáveis em um dicionário de dados e para validação mediante dupla entrada (digitação) dos dados. Para a análise estatística dos dados, utilizou-se o programa “*Statistical Package for Social Sciences*” (SPSS), versão 11.5 para Windows. Foi utilizado o teste qui-quadrado para analisar associações e nível de significância de 0,05.

RESULTADOS

A média da idade das 60 mulheres participantes da pesquisa foi de 26,3 anos, variando de 18 a 44 anos. Em relação às variáveis sócio-demográficas, 91,6% moravam com um companheiro, 68,3% apresentavam atividade remunerada, a maioria das participantes cursou o ensino médio (53,4%), entretanto nem todas chegaram a concluí-lo. Quanto à cor da pele, 51,7% classificaram-se como brancas, 26,7% como negras e 21,7% como pardas. Das participantes do estudo, 50% apresentavam Índice de massa Corporal (IMC) adequado para a idade gestacional, 38,3% apresentavam sobrepeso, 6,7% baixo peso e 5% obesidade.

Das participantes, 93,3% apresentaram idade gestacional

a termo e, as restantes, gestação pré-termo. Setenta e seis por cento das participantes não sofreram nenhum aborto anterior ao estudo. Quanto à paridade, 41,7% eram primíparas e 58,3% multíparas. Entre as multíparas, 48,6% apresentaram um parto anterior, 45,7% dois partos anteriores e 5,7%, três partos anteriores. Em relação ao número de cesáreas anteriores, 20%, 25% e 1,7% realizaram, respectivamente, uma, duas e três cesáreas anteriores. Apenas uma participante da pesquisa não realizou nenhuma consulta de pré-natal. Entre as demais, os números variaram de uma a 13 consultas.

A iteratividade foi a maior causa de indicação de cesárea entre as participantes do estudo (30%), seguida do sofrimento fetal agudo (27%) e da falta de progressão do trabalho de parto (26,7%). A apresentação pélvica fetal e a macrosomia fetal somaram 10% e a iminência de rotura uterina foi a indicação das pacientes em estudo em 8,3% das cesáreas. A cesárea foi eletiva em 23,3%.

Ao analisar o nível de dor das 60 participantes do estudo, mensurado pela Escala de Categoria Numérica, observou-se menores escores de dor durante o repouso, com média de 4,3, variando de 1 a 9 e com desvio-padrão de 2,1. A caminhada apresentou média de dor de 6,2, sendo o valor mínimo de 1, o máximo de 10 e desvio-padrão de 2,4. Durante o movimento de sentar e levantar as participantes apresentaram as maiores médias de dor, 6,9, variando de 3 a 10 e a intensidade, sendo de 2,1 desvio padrão.

Não houve associações estatísticas significativas após aplicar o teste qui-quadrado para a idade, o IMC, a paridade, o número de cesáreas anteriores, a indicação para a cesárea e a eletividade da cesárea em relação aos escores de dor em repouso (idade=0,626, IMC=0,835, paridade=0,365, número de cesáreas anteriores=0,156, indicação para a cesárea=0,698 e eletividade da cesárea=0,962), ao sentar e levantar (idade=0,672, IMC=0,488, paridade=0,820, número de cesáreas anteriores=0,506, indicação para a cesárea=0,719 e eletividade da cesárea=0,832) e durante a caminhada (idade=0,452, IMC=0,441, paridade=0,785, número de cesáreas anteriores=0,423, indicação para a cesárea=0,955 e eletividade da cesárea=0,626), avaliados pela Escala de Categoria Numérica, mostrando que essas variáveis não interferiram nos níveis de dor.

Quanto à caracterização da dor por meio do Questionário de Dor McGill, a Tabela 1 mostra a frequência com que apareceram os descritores selecionados e as respectivas categorias, classificadas por ordem decrescente.

Os escores obtidos por meio da Intensidade da Dor Presente (PPI) são apresentados na Tabela 2.

A dor presente em puérperas submetidas ao parto cesárea caracterizou-se como ritmada (50%), contínua (45%) e breve (5%). Em 75% das participantes a dor estava localizada ao redor da incisão cirúrgica e em 41,7% foi descrita como mista, ou seja, sentida superficial e profundamente.

A limitação para atividades cotidianas esteve presente em 100% das participantes para o movimento de sentar e levantar, 95% para caminhar e 55% para realizar a higiene

Tabela 1 – Descritores do Questionário de Dor McGill distribuídos segundo frequência obtida, em puérperas submetidas à cesárea. Ribeirão Preto, 2008.

Descritores	Categoria	n	%
Incômoda	Subjetiva	33	55,0
Que prende	Mista	33	55,0
Que repuxa	Sensorial	30	50,0
Chata	Afetiva	25	41,7
Cólica	Sensorial	23	38,3
Dolorida	Sensorial	23	38,3
Castigante	Afetiva	21	35,0
Espalha em círculos	Sensorial	21	35,0
Adormecida	Sensorial	19	31,7
Que cansa	Afetiva	18	30,0
Latejante	Sensorial	16	26,7

Tabela 2 – Escores da Intensidade da Dor Presente avaliados em puérperas submetidas à cesárea, Ribeirão Preto, 2008.

Escores do PPI	n	%
Fraca	11	18,3
Moderada	31	51,7
Forte	12	20,0
Insuportável	6	10,0
Total	60	100,0

íntima. As atividades de urinar, amamentar, dormir, alimentar-se e evacuar estavam limitadas, respectivamente, em 45%, 40%, 35%, 15% e 5% destas puérperas.

DISCUSSÃO

Participaram da pesquisa 60 mulheres com idade média de 26,3 anos, variando de 18 a 44 anos. Autores⁽⁵⁾ estudaram as condições biológicas das gestantes que pudessem atuar como fatores de risco para a cesárea, encontrando associação entre idade e indicação de cesárea. Segundo estes autores, na literatura existe associação entre idades iguais ou superiores há 28 anos e como maior risco para intercorrências clínicas em cesárea, diferindo dos dados encontrados na presente pesquisa.

A indicação de cesárea mais freqüente foi a iteratividade, a falha de progressão do trabalho de parto e o sofrimento fetal agudo. A maternidade onde foi realizado o presente estudo atende aos princípios do parto humanizado e busca a realização do parto normal, justificando as principais indicações de cesárea da amostra do estudo. A iteratividade é descrita como principal fator de risco para cesárea em diversos estudos^(5,16).

A maioria das puérperas do estudo eram múltiparas. A literatura aponta a paridade como variável de confusão para avaliação da dor. Autores⁽¹⁷⁾ relataram que mulheres primíparas têm experiência de dor pós-parto consideravelmente diferente de múltiparas. Já, em estudo com puérperas após cesárea⁽¹⁸⁾, foram avaliadas primíparas ou mulheres no segundo parto, buscando evitar vieses de amostra relacionadas à dor. Em relação à dor durante trabalho de parto, esta tende a ser minimizada e melhor suportada por mulheres que tiveram mais de dois partos⁽¹⁹⁻²⁰⁾. No

entanto, durante a busca aos bancos de dados não foram encontrados estudos que descrevessem a diferença de dor presente após a cesárea entre primíparas e múltiparas. Neste estudo, não foi observada diferença significativa da intensidade da dor entre primíparas e múltiparas, durante o repouso, nos movimentos de sentar e levantar e ao caminhar.

A dor após a cesárea foi caracterizada quanto ao padrão temporal, localização e tipo de dor. Encontrou-se que, 50% das participantes descreveram a dor como ritmada, 45% como contínua e 5% como dor breve. Segundo autores⁽¹⁷⁾, a maioria das puérperas descreve a dor como contínua. O presente estudo encontrou a dor localizada (75%) ao redor da incisão e a dor mista – superficial e profunda (41,7%) como as mais citadas. Contradizendo estes achados, autores^(17,21) observaram que a maioria das puérperas avaliadas citam a dor profunda como a mais presente após cesárea.

Neste estudo foi possível observar as qualidades de dor mais freqüentemente relatadas pelas puérperas nas quatro categorias do McGill: sensorial, afetiva, subjetiva e mista. As categorias que apresentaram maior número de palavras foram a subjetiva e mista, seguida da sensorial e afetiva. Ao analisar 88 pacientes no pós-operatório, foi verificado em estudo⁽²²⁾, que a maioria dos participantes escolheram mais palavras da categoria sensorial, pois o Questionário de Dor McGill apresenta a maioria dos seus descritores concentrados nesta categoria (50% - 34 palavras), seguida pela categoria afetiva (25% - 17 palavras), avaliativa (7,3% - 5 palavras) e mista (17,7% - 12 palavras). Um autor⁽²³⁾ faz críticas a distribuição irregular do McGill, revelando que esta desproporção interfere na escolha dos pacientes, mais concentradas na categoria sensorial. Entretanto, este fato não foi observado no presente estudo.

Ao avaliar pacientes no pós-operatório de cirurgias abdominais, ortopédicas, vasculares e ginecológicas, pesquisadores⁽²⁴⁾ observaram que descritores relacionados a categorias sensorial, avaliativa e afetiva expressaram as características da dor, quando aplicado um Método de Estimação de Magnitude, baseado na versão validada para o português do Questionário de Dor McGill.

Apenas um estudo⁽¹⁷⁾ refere a utilização do McGill para avaliar a dor após cesárea, no entanto não foram relatados quais os descritores mais citados. Entretanto há estudos que relatam apenas que dor visceral (cólica) é frequentemente citada pelas puérperas^(17,21). No presente estudo, o descritor cólica foi citado por 38,3% das puérperas, sendo os descritores incomoda (55%), prende (55%) e repuxa (50%) os mais citados pelas participantes.

O Questionário de Dor McGill, apresentou dificuldade de entendimento de algumas palavras lidas para as puérperas, já que alguns descritores são desconhecidos da maioria delas, que acharam -no cansativo e demorado para ser preenchido, A bibliografia refere que pode levar de 15 a 20 minutos⁽²⁵⁾. Entretanto, seu uso em estudos sobre dor é necessário, pois o Questionário de Dor McGill tem como principal vantagem sua universalidade e freqüente uso em pesquisas científicas para avaliar os padrões qualitativos da dor⁽²⁶⁾.

Os escores da Intensidade da Dor Presente indicam que 51,7% das participantes relataram a dor como moderada, seguida de forte (20%), fraca (18,3%) e insuportável (10%). Altos escores de dor, foram encontradas⁽⁹⁾ em pacientes no pós-operatório de diversas cirurgias, avaliados pela Intensidade de Dor Presente, verificando que a dor pós-operatória apresentava intensidade moderada a severa.

Em relação aos escores de dor avaliados pela Escala de Categoria Numérica, altos escores podem ser observados. A média da dor foi de 4,3 durante o repouso, 6,2 durante a caminhada e 6,9 no movimento de sentar e levantar, que de acordo com autores⁽¹²⁾, se enquadram no nível de dor moderada. Outros⁽¹⁸⁾ encontraram média de 6,9 pela Escala Numérica em puérperas submetidas ao parto cesárea. Em estudo com pacientes no pós-operatório de cirurgia abdominal⁽¹⁵⁾, foi observado escores altos de dor pela Escala Numérica, no entanto a Escala utilizada foi de 21 pontos, diferente da escala utilizada neste estudo, de 11 pontos, impossibilitando comparações⁽¹⁵⁾.

As escalas de dor apresentaram algumas limitações e dificuldades durante a coleta de dados⁽²⁷⁾. A Escala Numérica hiperestima os resultados quando comparada à Escala Visual Analógica⁽²²⁾, o que não foi possível observar neste estudo, pois foi aplicada apenas a Escala Numérica às puérperas, impossibilitando avaliar se os escores de dor foram hiperestimados. A Escala numérica pode apresentar dificuldade em realizar associação da dor e em diferenciar os escores de dor pré e pós-tratamento⁽²⁸⁾. O presente estudo, assim como estudos elaborados por outros autores^(13,15), observaram que a Escala Numérica foi de fácil aplicabilidade e entendimento das participantes, apresentando boa aceitação como escala unidimensional, porém não substitui o uso de

escalas multidimensionais para caracterização da dor.

Para caracterizar as limitações de atividades cotidianas devido à dor após cesárea, foi utilizado um questionário elaborado pelas pesquisadoras, que avaliavam as limitações de atividades como sentar e levantar, caminhar, urinar, evacuar, realizar higiene íntima, alimentar-se e amamentar, sendo que, 100% das puérperas apresentaram a função de sentar e levantar limitada pela dor e 75% apresentaram limitação ao caminhar devido à dor. Além destas funções, a maioria das puérperas relataram dificuldade para realizar higiene íntima. Na busca da literatura, não foram encontrados, até o momento, artigos que descrevessem as limitações presentes nas puérperas de cesárea decorrente da dor na incisão ou que questionassem as puérperas quanto à dificuldade para realizarem atividades logo após a cesárea. Em estudo⁽¹⁵⁾ com pacientes no pós-operatório de cirurgia abdominal e torácica, foi notada dificuldade na caminhada de longa distância, caminhada rápida e manobras respiratórias associadas à dor em pacientes pós-cirúrgicos. Considerando que este questionário foi desenvolvido pelas pesquisadoras e mostrou importante limitação em algumas atividades, observa-se a necessidade de desenvolvimento de questionários validados para avaliar as limitações de atividades no período do puerpério.

Durante a busca na literatura nacional e internacional, não foram encontrados estudos de avaliação da dor ou atividades cotidianas após cesárea, dificultando comparações relativas à dor nesta situação. É importante destacar que a presença de dor é influenciada por fatores psicológicos, que se apresentam alterados na fase puerperal⁽⁷⁾. Neste contexto, pode-se enfatizar a necessidade de estudos futuros para validação de questionário de dor específico para esta população pois, durante o puerpério, a mulher apresenta-se cansada e confusa, dificultando as respostas referentes à dor, principalmente relacionadas ao Questionário de Dor McGill, fato este que poderia comprometer as respostas das participantes.

Este estudo mostra-se relevante por abordar aspectos comumente encontrados no período após a cesárea. A dor compromete as atividades, dificulta o início da movimentação e atrasa o primeiro contato mãe-filho. Com base no processo de assistência humanizada à mulher no ciclo gravídico-puerperal e na limitada fonte bibliográfica referente ao puerpério, destaca-se a necessidade de realizar trabalhos que abordem esta fase da vida reprodutiva da mulher. Após o nascimento, geralmente a mulher torna-se secundária no processo do cuidado, sendo as atenções dirigidas para o recém-nascido.

Esta pesquisa confirma a presença da dor após a cesárea e seus resultados devem ser dirigidos a todos aqueles que buscam uma assistência humanizada no cuidado e que pretendem planejar estratégias de alívio de dor, destacando principalmente recursos não farmacológicos que visem diminuir a medicalização e os efeitos colaterais desencadeados após seu uso. A redução da dor após a cesárea contribuiria para a liberação precoce da puérpera para

realizar os cuidados com o recém-nascido e o autocuidado, promovendo maior bem-estar e disposição para as atividades.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que a dor presente nas participantes do estudo apresentou nível moderado, sendo mais intensa no movimento de sentar e levantar, seguida da caminhada e repouso. Os descritores do Questionário da Dor de McGill mais relatados foram “incômoda”, “que prende”, “que repuxa”, “chata”, “cólica”, “dolorida”, “castigante” e

“espalha em círculos”. As participantes relataram a atividade de sentar e levantar limitada pela dor em 100% dos casos e para a atividade de caminhar a limitação ocorreu em 75% dos casos. Este estudo possibilitou avaliar a dor quantitativa e qualitativamente. Estudos futuros são necessários para avaliar recursos de alívio da dor, possibilitando maior conforto na fase puerperal.

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq pelo apoio financeiro.

REFERÊNCIAS

1. D'Orsi E, Chor D, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, Gama AS, Reis AC. Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(10):2067-78.
2. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação de Nascidos Vivos. Nascimento por residente. Mãe segundo tipo de parto. [citado 2006 mar 12]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
3. Ribeiro VS, Figueiredo FP, Silva AAM, Bettiol H, Batista RFL, Coimbra LC, et al. Why are the rates of cesarean section in Brazil higher in more developed cities than in less developed ones? *Braz J Med Biol Res*. 2007;40(9):1211-20.
4. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A, Shah A, et al. WHO 2005 global survey on maternal and perinatal health research group. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006;367(9525):1819-29.
5. Silva SALC, Moraes Filho OB, Costa CFF. Análise dos fatores de risco anteparto para ocorrência de cesárea. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(4):189-96.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde/FEBRASGO; 2003.
7. Granot M, Lowenstein L, Yarnitsky D, Tamir A, Zimmer EZ. Postcesarean section pain prediction by preoperative experimental pain assessment. *Anesthesiol*. 2003;98(6):1422-6.
8. Tribioli RA. Análise crítica atual sobre a TENS envolvendo parâmetros de estimulação para o controle da dor [dissertação]. São Carlos: Interunidades em Bioengenharia da Universidade de São Paulo; 2003.
9. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg*. 2003;97(2):534-40.
10. Godfrey H. Understanding pain, part 2: pain management. *Br J Nurs*. 2005;14(17):904-9.
11. Xavier TT, Torres GV, Rocha VM. Qualitative and quantitative aspects of pain in lateral posterior thoracotomy patients. *Rev Latinoam Enferm*. 2006;14(5):708-12.
12. Da Silva JA, Ribeiro-Filho NP. Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática. Ribeirão Preto: FUNPEC - Editora; 2006.
13. Li L, Liu X, Herr K. Postoperative pain intensity assessment: a comparison of four scales in Chinese adults. *Pain Med*. 2007;8(3):223-34.
14. Castro CES. A formulação linguística da dor: Versão Brasileira do Questionário McGill de Dor [dissertação]. São Carlos: Centro de Ciências Biológicas da Universidade Federal de São Carlos; 1999.
15. Rakel B, Frantz R. Effectiveness of transcutaneous electrical nerve stimulation on postoperative pain with movement. *J Pain*. 2003;4(8):455-64.
16. Moraes MS, Goldenberg P. Cesáreas: um perfil epidêmico. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(3):509-19.
17. Smith CM, Guralnick MS, Gelfand MM, Jeans ME. The effects of transcutaneous electrical nerve stimulation on post-cesarean pain. *Pain*. 1986;27(2):181-93.
18. Melo de Paula G, Molinero de Paula VR, Dias RO, Mattei K. Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS) no pós-operatório de cesariana. *Rev Bras Fisioter*. 2006;10(2):219-24.
19. Simkin P. The meaning of labor pain. *Birth*. 2000;27(4):254-5.
20. Niven CA, Murphy-Black T. Memory for labor pain: a review of the literature. *Birth*. 2000;27(4):244-53. Comment in: *Birth* 2000;27(4):254-5.
21. Navarro Nuñez C, Pacheco Carrasco M. Estimulación eléctrica transcutánea (EET) para reducir el dolor después de la cesárea. *Ginecol Obstet Mex*. 2000;68:60-3.
22. Melzack R, Abbott FV, Zackon W, Mulder DS, Davis MW. Pain on a surgical ward: a survey of the duration and intensity of pain and the effectiveness of medication. *Pain*. 1987;29(1):67-72.
23. Teixeira MJ, Pimenta CAM, Grossi SAA, Cruz DALM. Avaliação da dor: fundamentos teóricos e análise crítica. *Rev Med (São Paulo)*. 1999;78(2 Pt 2):85-114.
24. Pereira LV, Sousa FAEF. Avaliação psicofísica de descritores de dor no pós-operatório. *Rev Latinoam Enferm*. 2007;15(3):474-9.

25. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. Rev Esc Enferm USP. 1996;30(3):473-83.
26. Gagliese L, Weizblit N, Ellis W, Chan VW. The measurement of postoperative pain: a comparison of intensity scales in younger and older surgical patients. Pain. 2005;117(3):412-20.
27. Hartrick CT, Kovan JP, Shapiro S. The numeric rating scale for clinical pain measurement: a ratio measure? Pain Pract. 2003;3(4):310-6.
28. Sloman R, Wruble AW, Rosen G, Rom M. Determination of clinically meaningful levels of pain reduction in patients experiencing acute postoperative pain. Pain Manag Nurs. 2006;7(4):153-8.