



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

Sell, Sandra Elisa; Carvalho Beresford, Priscilli; Zimmer Riba Dias, Heloisa Helena; Zigelli Garcia,
Olga Regina; Kotzias Atherino dos Santos, Evangelia

Olhares e saberes: vivências de puérperas e equipe de enfermagem frente à dor pós-cesariana

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 21, núm. 4, outubro-diciembre, 2012, pp. 766-774

Universidade Federal de Santa Catarina

Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71425249006>

- 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

OLHARES E SABERES: VIVÊNCIAS DE PUÉRPERAS E EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE À DOR PÓS-CESARIANA

Sandra Elisa Sell¹, Priscilli Carvalho Beresford², Heloisa Helena Zimmer Ribas Dias³, Olga Regina Zigelli Garcia⁴, Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos⁵

¹ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Enfermeira do Hospital Universitário da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: sandraelisasell@yahoo.com.br

² Especialista em Audiologia Clínica. Fonoaudióloga do Hospital Universitário da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: priberesford@terra.com.br

³ Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: helodias@terra.com.br

⁴ Doutora em Ciências Humanas. Professora Associado do Departamento de Enfermagem da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: zigarcia@gmail.com

⁵ Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: gregos@matrix.com.br

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva que teve por objetivo identificar a percepção, o conhecimento e ações da puérpera e da equipe de enfermagem frente à dor pós-cesariana. Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas realizadas no mês de maio de 2011 com 40 puérperas submetidas à cesariana, no Alojamento Conjunto da Maternidade de um hospital-escola de Florianópolis-SC, Brasil, e também com 22 membros da equipe de enfermagem que prestou assistência às puérperas. A análise dos dados foi realizada de acordo com a proposta do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados evidenciam que a dor pós-cesariana é uma realidade vivenciada pela totalidade das puérperas a ela submetidas, apesar de não ser unanimidade entre os profissionais de enfermagem e apontam para a necessidade de investir-se na qualificação profissional no âmbito do manejo da dor, tanto em nível de formação, quanto em nível de atualização.

DESCRIPTORES: Cesárea. Dor. Equipe de enfermagem.

LOOKS AND KNOWLEDGE: EXPERIENCES OF MOTHERS AND NURSING STAFF REGARDING POST-CAESAREAN SECTION PAIN

ABSTRACT: The aim of this exploratory-descriptive study was to identify the perceptions, knowledge and actions of postpartum women and nursing staff regarding pain after cesarean section. Data were collected through semi-structured interviews, conducted in May 2011 with 40 postpartum women who underwent a cesarean section, at the Rooming-In unit of a maternity at a teaching hospital in Florianópolis-SC, Brazil, and also with 22 nursing team members who attended the postpartum women. Data were analyzed in accordance with the Collective Subject Discourse proposal. The results show that pain after cesarean delivery is a reality all mothers who undergo this delivery method experience, although the nursing professionals are not unanimous about it, indicating the need to invest in professional qualification on pain management, including training and recycling.

DESCRIPTORS: Cesarean section. Pain. Nursing staff.

MIRADAS Y CONOCIMIENTO: EXPERIENCIAS DE LAS MADRES Y EL PERSONAL DE ENFERMERÍA CON RESPECTO A DOLOR POST CESÁREA

RESUMEN: Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo. Tuvo como objetivo identificar las percepciones, conocimientos y acciones del post-parto y el personal de enfermería en relación con el dolor después de una cesárea. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semi-estructuradas realizadas en el mes de mayo de 2011, con 40 mujeres sometidas a cesárea post-parto, en el alojamiento conjunto de una maternidad en un hospital-escuela de Florianópolis-SC, Brasil y también con 22 miembros del personal de enfermería que proporcionaban asistencia a las madres. El análisis de los datos se realizó de acuerdo con la propuesta del Discurso del Sujeto Colectivo. Los resultados muestran que el dolor después de una cesárea es una realidad que enfrentan todas las madres que se refiere a ella, aunque no la unanimidad entre las enfermeras, e indican la necesidad de invertir en la capacitación en el manejo del dolor, tanto en el nivel de formación y actualización.

DESCRIPTORES: Cesárea. Dolor. Personal de enfermería.

INTRODUÇÃO

A cesariana, também denominada cesárea, é um procedimento cirúrgico para partos e se constitui em uma incisão (transversal ou longitudinal) feita na pele, acima da linha dos pelos púbicos, abrindo-se sucessivamente o tecido subcutâneo, a aponeurose dos músculos reto-abdominais, separados os músculos na linha média, aberto o peritônio parietal, o peritônio visceral e, depois, a parede uterina, de onde é extraído o feto, sendo executada logo após a retirada da placenta e revisão da cavidade uterina, para só então proceder-se à sutura dos planos anteriormente incisados.¹

Tal procedimento foi desenvolvido para prevenir ou tratar uma ameaça à vida da mãe e/ou complicações fetais, estando entre suas indicações: retardo de progressão, sofrimento fetal agudo, desproporção feto-pélvica e as gestações de alto risco, entre outras.²

A cesariana provoca sempre um trauma no organismo da mulher, maior que o causado quando há um parto normal. O abdômen é cortado, a musculatura é afastada de seu lugar e a cavidade abdominal invadida. Tudo isso provoca acúmulo de gases, dores, menor movimentação intestinal e uma recuperação pós-parto mais lenta.

A *World Health Organization* (WHO)³ preconiza como aceitável uma taxa de cesariana em torno de 15%. O relatório global do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) mostrou que a taxa de cesárea no Brasil ocupa posição de destaque, sendo sua taxa de 44% no período de 2005 a 2009, a maior do mundo. Em alguns serviços privados de saúde, as cesarianas atingem cifras de mais de 90% de todos os partos realizados. Já, na rede pública, estes valores caem para uma taxa entre 30 e 40%. Uma pesquisa encomendada pelo Ministério da Saúde mostra que, em 2006, as cesarianas representaram 45% dos partos no país.⁵ Dados de 2007 mostram elevação para 47%, ou seja, quase metade dos três milhões de nascimentos que ocorreram no Brasil no referido ano, foi através de cesariana. Em uma análise realizada no período de 2001 a 2008, houve um aumento das cesarianas de 38,8% para 48,8%, chegando a 52,8% em 2010.⁶ Em Santa Catarina, nos últimos dois anos (2010 e 2011), o índice de cesarianas foi de 42%, índice este que tende a aumentar ainda mais, se depender do ritmo apresentado nos últimos anos. Dados da Secretaria de Estado da Saúde apontam que em 2005 as cesarianas representavam 20,5% dos quase 50 mil nascimentos registrados em Santa Catarina. Em 2008, já eram 39,7% e em 2010 e 2011, com da-

dos de janeiro a outubro, ultrapassaram os 42% na contabilidade geral. Mesmo assim, Santa Catarina tem um índice menor que a média nacional.⁶ Este aumento progressivo do número de cesáreas talvez reflita o ainda comum medo do parto normal por associá-lo à dor. Saliente-se que, já no início da década de 80, pesquisas já haviam concluído que quando a opção pela cesariana parte da mulher, 99% atribui esta escolha ao medo da dor.⁷

Como visto, existe um grande percentual de mulheres submetidas à cesariana na realidade brasileira, indicando que o parto cirúrgico passou a ser o método “normal” de fazer uma criança vir ao mundo, ocorrendo uma inversão de valores da naturalidade da vida. Para muitas mulheres, a escolha desta cirurgia (cesárea eletiva) traz consigo o desejo de fugir da dor do parto, na medida em que encaram a cesárea como forma “antidolorosa” de ter filhos, demonstrando desinformação sobre a dor pós-cesárea e sua interferência no estabelecimento dos cuidados com o recém-nascido. No entanto, a dor pós-operatória é inerente à cesariana posto que se trata de uma cirurgia que está na interface de médio para grande porte, que demanda cuidados da equipe médica e de enfermagem, sobretudo para o alívio da dor pós-operatória.

Não podemos nos esquecer de que a mulher submetida a uma cesariana é, além de uma paciente que demanda cuidados de pós-operatório, também uma puérpera, que precisa iniciar o estabelecimento de cuidados com o recém-nascido e estar apta para a amamentação. 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, para os cuidados com o recém-nascido e, finalmente, para realizar atividades cotidianas, tais como: sentar e levantar, caminhar, realizar higiene íntima entre outras.⁸

O aleitamento materno é reconhecido por sua importância não somente para a saúde do recém-nascido, mas também para a saúde da mãe, e de modo especial, no que se refere ao relacionamento entre ambos. Por meio dessa interação, nota-se o desenvolvimento de uma maior segurança do bebê, assim como o fortalecimento da autoconfiança da mãe em poder cuidar adequadamente do conceito. Alguns fatores podem interferir no perfeito desempenho da amamentação, entre eles, a dor pós-parto. A equipe médica, bem como a equipe de enfermagem, acompanha todo o período de internação da mulher pós-cesárea, avaliando seu estado geral, suas condições homeostáticas,

realizando cuidados que a confortem, assegurando, dentre estes, o alívio de sua dor. O sucesso do tratamento da dor aguda depende de uma avaliação acurada desta experiência.⁹

É importante destacar que a puérpera de parto cesáreo apresenta uma condição particular durante seu período pós-operatório, quando comparada a pacientes submetidas a outros procedimentos cirúrgicos, pois apresenta maior necessidade de se movimentar para cuidar do recém-nascido e de si. Sendo assim, está sujeita a sentir mais dor no local da incisão cirúrgica.¹⁰

Em nosso cotidiano profissional, temos constatado que nem sempre a queixa de dor pós-cesárea tem merecido a devida atenção, uma vez que a sensibilidade de cada cuidador (a) pode variar de acordo com a importância e valor que este atribui à dor do outro.

A ideia de que existem opções, mesmo dentro das padronizações estabelecidas, que favoreçam o alívio da dor, de forma individualizada, ainda parece pouco divulgada quando se trata de mulheres em pós-operatório de parto cesáreo. O desconhecimento das drogas e dos direitos da cliente tem causado insegurança à equipe de saúde, em especial, a equipe de enfermagem, que, muitas vezes, tem negligenciado a dor, considerando-a “normal”, fato evidenciado em alguns discursos observados na prática assistencial e também docente. Neste sentido, temos observado diversas atitudes e condutas condizentes com uma banalização da dor pós-cesariana, com justificativas que vão ao encontro dos preceitos de cuidado, demonstrando pouca disposição para melhorar a analgesia ou mesmo estabelecer condições que confortem a puérpera cesariada.

Frente à dor pós-cesárea, as condutas de alguns profissionais da equipe de enfermagem tendem a passar por modalidades que vão da indiferença à homogeneização no tratamento da dor, quer seja pela baixa instrumentalização, ou pela pouca disposição para avaliarem, de forma diferenciada, a dor de cada indivíduo, prescrevendo e/ou administrando a mesma analgesia para todas. Por outro lado, alguns profissionais continuam repetindo e repassando à cliente e sua família a crença de que é assim mesmo, ou seja, que cesárea dói, sem oferecer, contudo, qualquer opção de alívio que não aquela já padronizada. Este fato parece ter se tornado parte do cotidiano e do imaginário dos profissionais, o que os leva a adotar procedimentos desatualizados na atenção à dor. Este cenário aponta para uma aparente falta

de capacitação profissional para o atendimento individualizado no alívio da dor, o que torna a assistência desumanizante pela má qualidade resultante no atendimento e sua baixa resolubilidade, indo contra os princípios do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado pelo Ministério da Saúde do Brasil, no ano de 2000.¹¹

Partindo do pressuposto que a dimensão humana e subjetiva, inserida na base de toda intervenção em saúde, das mais simples às mais complexas, tem enorme influência na eficácia dos serviços prestados pelos hospitais, o PNHAH entende a humanização como a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde, quais sejam: os usuários, os trabalhadores e os gestores. De acordo com essa política, humanizar é ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.¹¹

Visto que, conforme já citado, em nosso cotidiano profissional, temos constatado que nem sempre a queixa de dor pós-cesárea tem merecido a devida atenção. Em virtude disso, e por acreditarmos que a enfermagem tem um importante papel na implantação da humanização nos serviços de saúde e que o cuidado humanizado inclui também o atendimento da mulher na sua individualidade, na especificidade de suas queixas e demandas de cuidado, formulamos a seguinte questão de pesquisa: qual a percepção, o conhecimento e as ações da puérpera e da equipe de enfermagem que a assiste, no ambiente hospitalar, frente à dor pós-cesárea? Para responder a esta questão, desenvolvemos a presente pesquisa que teve como objetivo identificar a percepção, o conhecimento e ações da puérpera e equipe de enfermagem frente à dor pós-cesariana.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, do tipo exploratório-descritiva, realizada no mês de maio de 2011, no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário (HU), localizado no município de Florianópolis-SC, Brasil. O HU é um hospital-escola público, de médio porte, que presta atendimento de média à alta complexidade, atendendo exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde. A Unidade de Alojamento Conjunto possui 22 leitos, destinados ao atendimento obstétrico e atende aproximadamente 1600 nascimentos por ano, com uma média de 70

partos cesáreos por mês. O HU é credenciado pelo Ministério da Saúde Brasileira e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) como Hospital Amigo da Criança desde outubro de 1997, obtendo o reconhecimento internacional e transformando-se em referência municipal, regional e estadual nesta área.

O público-alvo do estudo foi composto por 40 mulheres, dentre as 73 que vivenciaram o parto cesáreo no período de coleta de dados e 22 membros da equipe de enfermagem que atuam na Unidade de Alojamento Conjunto e que atendeu a estas puérperas. O número de puérperas que compôs a amostra foi aquele que aceitou participar do estudo no período de coleta de dados, uma vez que o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) não faz uso da técnica da saturação, já que pretende conhecer todas as representações relativas a um dado tema investigado. A saturação pressupõe que, em um dado momento, as representações se repetem. Esta pressuposição acarreta o risco de coletar somente as representações mais frequentemente compartilhadas e não todas as representações, como é a proposta do DSC.¹²

Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, realizada por meio de um roteiro-guia criado pelas autoras, e que foi aplicado nas primeiras 24 horas de internação no Alojamento Conjunto. O roteiro de entrevista era diferenciado, sendo um específico para puérpera e outro específico para a equipe de enfermagem. Do roteiro da puérpera constavam os dados de identificação que incluíam dados sociográficos e obstétricos, estes últimos contemplando eventuais ocorrências no trans e pós-operatório. Na sequência, era investigada a ocorrência de dor pós-cesárea, a percepção da mesma pela puérpera e também na sua percepção, pela equipe de enfermagem, o manejo da puérpera e da equipe para atendimento da queixa dolorosa e a resolubilidade da terapêutica estabelecida. Do roteiro da equipe de enfermagem constavam os dados de identificação que incluíam dados sociográficos e dados relativos à formação/capacitação. Dando prosseguimento, era investigada a percepção da equipe sobre a dor pós-cesárea, na sua concepção, além de se avaliar a maneira que a puérpera vivenciava a dor, o manejo da mesma e o preparo na formação para atender à queixa de dor.

A coleta de dados foi realizada somente após explicação sobre a pesquisa e aceitação, por escrito, das participantes, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após a coleta de dados, foi realizada a análise temática de discurso, segundo a metodologia do DSC, que tem por objetivo organizar e tabular os dados qualitativos, extraíndo-se as Ideias Centrais (ICs) e suas correspondentes Expressões Chaves (ECs). A partir das ECs que possuem a mesma IC, compõe-se um ou vários Discursos-Síntese (DSs), na primeira pessoa do singular.¹²

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o Protocolo nº 359/11. Todos os procedimentos seguiram a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza e regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Características das puérperas

As 40 participantes do estudo encontravam-se na faixa etária entre 14 e 40 anos, a maioria (18) possuía o grau médio de escolaridade completo, duas possuíam grau superior, três estavam cursando a universidade, quatro não haviam concluído o grau médio, seis haviam completado o ensino fundamental e sete não haviam completado o ensino fundamental. Quanto ao estado civil destas mulheres, a maioria (23) vivia em união civil estável, 13 eram casadas, três eram solteiras e uma não informou. A renda mensal de quatro das puérperas era de um salário mínimo (SM), 12 ganhavam dois SMs, 11 ganhavam três SMs, quatro ganhavam quatro SMs, cinco ganhavam mais de cinco SMs e três não tinham renda. Trinta e sete tinham acompanhante durante a internação. Quanto à paridade, 15 eram primíparas, 15 eram secundíparas, cinco tercíparas e cinco eram múltíparas. Todas se encontravam no segundo dia de puerpério por ocasião da entrevista. Os motivos da cesárea variaram entre: ausência de dilatação (16), situação fetal não tranquilizadora (cinco), 3ª e 5ª cesárea (seis), doença hipertensiva específica da gravidez (cinco), fetos pélvicos (três), problemas com os fetos, como hidrocefalia e cardiopatia (dois), oligoâmnio (um), gemelaridade (um) e complicações pelo HIV (um).

Características dos profissionais de enfermagem

Participaram da pesquisa vinte e dois funcionários da equipe de enfermagem, sendo que vinte

eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. Destes, cinco são enfermeiros, sendo dois deles especialistas em obstetrícia, dez são técnicos de enfermagem e sete são auxiliares de enfermagem. O tempo de atuação na área variou entre seis a vinte e oito anos.

Vivência das puérperas e equipe de enfermagem frente à dor pós-cesariana

As ideias centrais que emergiram das entrevistas com as puérperas e equipe de enfermagem contemplam aspectos sobre a dor pós-cesariana na percepção das puérperas e da equipe de enfermagem, a diversidade de condutas tomada pela equipe de enfermagem para o alívio da dor na percepção das puérperas e da equipe de enfermagem e a necessidade de instrumentalização dos profissionais da equipe de enfermagem para assistência ao manejo e alívio da dor.

IC1 – Pós-operatório de cesariana dói

Do discurso das puérperas emergiram as seguintes expressões-chave: *quando passou o efeito da anestesia senti bastante dor. Quando me levantei pela primeira vez, quase desmaiei de dor, fiquei mal. Dói, mas eu estou acostumada, é a quarta cesárea, é normal sentir dor. Dói muito para sair da cama e pegar o bebê. Sinto dor no corte.*

A dor pós-operatória é inerente à cesariana, pois como já mencionado, trata-se de uma cirurgia de médio para grande porte que implica a abertura abdominal. A dor incisional pós-operatória em repouso e durante a movimentação é uma das formas de manifestação dos processos de lesão celular e de inflamação decorrentes do ato cirúrgico e que, muitas vezes, é difícil de ser controlada por meio da analgesia convencional com opióides.¹³

A dor pós-operatória é causada basicamente pela lesão do tecido e o subsequente processo inflamatório. Aliada a essa causa inicial, existe a hiperalgesia primária pós-operatória, que seria basicamente a extensão do processo doloroso local para regiões adjacentes à lesão, em função da intensa liberação de mediadores algogênicos, responsáveis por potencializar o processo doloroso original. Esse processo ocasiona a redução do limiar doloroso e ao aumento da sensibilidade das terminações nervosas adjacentes, causando hiperalgesia a estímulos que antes não geravam dor, como o estímulo tátil, por exemplo.¹⁴ Todo este contexto implica em uma recuperação pós-parto mais lenta, demandando cuidados da equipe mé-

dica e de enfermagem, sobretudo no que se refere ao alívio da dor pós-operatória.

O limiar de dor varia de um indivíduo para o outro, de acordo com sua cultura, independentemente de suas bases anatômicas e fisiológicas. Aliado a este fator de variabilidade no limiar de dor e de tolerância à mesma, 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.¹⁵

A dor no pós-operatório de cesárea traz consigo outro agravante: o risco de interferir no sucesso da amamentação, fator crucial para a manutenção de um puerpério tranquilo e para a saúde do recém-nascido. A dor pós-cesárea interfere de forma negativa na capacidade da mãe para amamentar. Pesquisa na qual foram avaliadas 60 mulheres, concluiu que quanto maior o grau de dor experimentado pela mulher no pós-parto, menor o desempenho do aleitamento materno. Esse fato foi observado tanto nos casos de cesárea eletiva quanto nas situações de emergência. No entanto, o risco de dor pós-operatória foi maior quando o procedimento de emergência foi efetuado. Quanto pior a experiência da dor, piores os cuidados com o recém-nascido. Os procedimentos que permitem um maior alívio da dor após cesariana, como medicamentos analgésicos eficazes e seguros, consistem em medidas indispensáveis para a amamentação e cuidados da mãe para com o recém-nascido.¹⁶ Há necessidade de recursos para avaliar e caracterizar a dor pós-cesárea, buscando uma assistência humanizada no puerpério e recursos adequados para seu tratamento.⁸

Percebemos no DSC1 que a dor como desconforto está presente na fala de todas as puérperas submetidas à cesariana, indo ao encontro da literatura no que se refere à diferença e variabilidade da intensidade da dor referida.

O relato de que a dor é normal, indica que as mulheres desconhecem os seus direitos enquanto usuárias do Sistema de Saúde, bem como seus direitos de uma assistência em saúde, livre de danos e de desconfortos. Para diversas mulheres, o “normal” é sentir dor em qualquer cirurgia, como é o caso de algumas puérperas do presente estudo, o que aponta para a necessidade de direcionar ações no sentido de esclarecer à população quanto ao seu direito de analgesia direcionada às suas necessidades individuais e ao direito de não sentir dor no pós-operatório.

IC2 – O pós-operatório de cesariana nem sempre dói

Do discurso dos profissionais da equipe de enfermagem, vieram à tona as seguintes expressões-chave:

[...] nem sempre é doloroso. Existem vários níveis de dor. Para algumas pacientes mais, para outras menos, ou nada. A dor ocorre dependendo de cada situação e do limiar de dor de cada paciente. Algumas vêm com residual de anestesia e de medicação de horário, o que gera a ausência da dor; as que apresentam vômitos ou tosse têm mais dor. Dor não tem como provar, eu confio na dor que a paciente relata.

A sensibilidade de cada cuidador (a) pode variar de acordo com a importância e valor que este atribui à dor do outro, uma vez que, o autor-relato do paciente é o indicador mais seguro da sua intensidade. Dessa forma, pacientes que sofrem o mesmo procedimento podem experimentar diferentes níveis de dor, tornando-se crucial acreditar e responder prontamente a um paciente que refere sentir dor.¹⁷

A avaliação da queixa dolorosa deve ser realizada durante toda a internação, incluindo a caracterização do local, da intensidade, da frequência, da duração e da qualidade do sintoma, e deve ser registrada em instrumentos adequados a cada instituição.¹⁸

O baixo valor atribuído à dor da puérpera pós-cesárea parece encontrar-se na dificuldade de alguns profissionais em avaliarem, de forma diferenciada, a dor de cada indivíduo, oferecendo poucas e limitadas opções de alívio que não aquelas já padronizadas. Este fato parece ter se tornado parte do cotidiano e do imaginário de alguns profissionais, que acabam por oferecer um tratamento de baixa resolubilidade frente à dor de cada indivíduo.

IC3 – Existe diversidade de condutas tomadas pela equipe de enfermagem no alívio da dor

Do discurso das puérperas foram extraídas as seguintes expressões-chave:

[...] não ofereceram opções para melhora da dor. Acho que eles estão acostumados a ver tanta gente com dor que já acham normal. Até agora não fizeram nada. Acho que esqueceram. Acho que não consideraram a intensidade da minha dor. O que eles podem fazer? Orientaram que dói um pouquinho mesmo. Ajudaram-me a levantar e disseram que é normal sentir essa dor, então, a gente se conforma. Ofereceram medicação para passar

a dor. Conversavam com os médicos, mas demoravam muito, e a gente tem que esperar né? Mandaram-me caminhar para eliminar os gases: como se fosse fácil! Eu é que sei o quanto dói.

A ideia de que existem opções, mesmo dentro das padronizações estabelecidas, que favoreçam o alívio da dor, de forma individualizada, ainda parece pouco valorizada quando se trata de mulheres em pós-operatório de parto cesariano.

Pouco se tem observado o uso de terapias alternativas ou métodos não farmacológicos para o alívio da dor em pós-operatório de cesariana. “[...] as principais terapias alternativas para o alívio da dor são as técnicas de relaxamento, a estimulação cutânea, a aromaterapia, a imaginação guiada, a terapia vibracional e a música, sendo estas terapias implementadas a outras condutas de enfermagem, como as de promover o conforto ao paciente, evitar negar a dor, valorizar e partilhar a dor, evitar a manipulação do paciente, explicar o motivo da dor, oferecer apoio psicológico e orientar quanto às medidas tomadas para o alívio da dor. Essas medidas complementares baseiam-se, principalmente, em promover relaxamento, distração e, consequentemente, permitir ao paciente sentir-se mais confortável, proporcionando o alívio da dor. Apesar de a utilização das terapias complementares serem incipientes para a enfermagem, observa-se um campo amplo para atuação, pois o enfermeiro está em constante contato com o paciente e tem um importante papel na implementação dessas terapias, a fim de que o alívio da dor ocorra e, consequentemente, haja melhoria da qualidade de vida do paciente”.^{19:1} Importante lembrar aqui, que ao se utilizar métodos não farmacológicos para o alívio da dor, deve-se ter clareza de que estes métodos exigem da mulher um maior senso de controle sobre seu corpo e suas emoções, fatores que nem sempre estão presentes.²⁰

Outra possibilidade é apontada pela pesquisa que demonstrou a efetividade do uso da Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea (TENS) para alívio da dor. Segundo tal estudo, o estímulo nervoso transcutâneo inclui a transmissão de corrente elétrica através da pele, o qual vai atuar sobre os mecanorreceptores periféricos, e, a partir daí, ser conduzido pela fibra A-Beta até um conjunto de interneurônios, que por sua vez atuam na inibição da retransmissão, a nível medular, dos estímulos dolorosos conduzidos pelas fibras A-Delta e Tipo C. Sendo assim, os efeitos analgésicos relacionam-se com um mecanismo de “fechamento da entrada” nas colunas dorsais da medula espinal e

podem estar associados também com a liberação de opióides endógenos, uma vez utilizando-se um nível de intensidade forte de eletro estimulação, a qual vai induzir a liberação destas substâncias a nível encefálico e medular.²¹

Com o discurso das puérperas, foi possível observar que alguns profissionais têm atitudes e condutas condizentes com o desconhecimento de métodos alternativos e não farmacológicos para o alívio da dor, ou com um baixo valor atribuído ao pós-operatório de cesariana. Muitas vezes, as justificativas que são dadas às puérperas vão de encontro aos preceitos de cuidado, evidenciando um cuidado padronizado e não individualizado para a necessidade de cada cliente.

A diversidade nas condutas adotadas por profissionais de uma mesma unidade de internação, ou seja, de uma mesma equipe, em relação à dor referida pela puérpera parece indicar um desconhecimento e falta de instrumentalização para tratar de forma individualizada e não somente medicamentosa, a dor referida pela paciente.

Cabe à equipe médica e de enfermagem acompanhar todo o período de internação da mulher pós-cesárea, avaliando seu estado geral, suas condições homeostáticas, realizando cuidados que a confortem, assegurando assim, o alívio de sua dor, uma vez que é um direito da mulher e dever do profissional.

Por conseguinte, constatamos que, a paciente que recebe da(o) enfermeira(o) e equipe de enfermagem carinho, atenção e percebe que pode contar com a equipe se mostra menos ansiosa, conseqüentemente, tem uma real possibilidade de vivenciar menos dor.²²

Com a mesma ideia central do discurso dos profissionais de enfermagem surgiram as seguintes expressões-chave:

[...] converso com a paciente e digo que a cesariana é sempre bem dolorosa e o que tinha [de medicação] já dei. Oriento a paciente para movimentação precoce e para caminhar para eliminar os gases, dou apoio psicológico, escutando-a. Pergunto se a bexiga não está cheia, se não quer urinar. Quando necessário, aplico gelo na incisão com orientação do enfermeiro. Explico o porquê das cólicas no pós-parto. Solicito ao acompanhante para que faça massagem nas costas. Verifico o curativo que às vezes está muito compressivo. Ensino a paciente a se movimentar, usando outros músculos que não o abdominal. Peço para o enfermeiro chamar o médico para outras condutas senão tiver apresentado alívio. Argumento com o médico sobre a necessidade de melhorar a analgesia.

Observa-se aqui, uma diversidade de condutas profissionais evidenciando em alguns casos deficiência na capacidade de avaliação da dor para proporcionar atendimento condizente à necessidade de cada puérpera.

Parece óbvio que o alívio da dor, deva ser uma das ações primordiais da equipe cuidadora da mulher submetida a parto cesáreo. Enquanto para alguns profissionais estes cuidados demandam atenção individualizada e disposição para intervir de maneira comprometida, em outros, percebe-se uma banalização da dor, indicando uma maior preocupação em fazer os cuidados do que em um fazer melhor.

IC4 – Existe necessidade de instrumentalização dos profissionais da equipe de enfermagem para assistência ao manejo e alívio da dor

Não tive preparo em minha formação para atenção à dor, estudei por conta e participei de alguns seminários sobre o tema. Pela minha própria experiência de dor, enquanto fui paciente, percebi pelas respostas que ouvia da equipe de enfermagem sua falta de preparo para lidar com a dor. É necessária uma atualização dos profissionais sobre o tratamento da dor do pós-operatório de cesariana. Sugiro palestras informativas sobre métodos não farmacológicos para o alívio da dor e cursos de formação de avaliação dos níveis de dor.

A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), Comissão de Credenciamento e Classificação das Organizações de Cuidadores de Saúde, entidade norte-americana de avaliação hospitalar, representada no Brasil pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação, certifica, no cenário internacional, as instituições que se submetem aos padrões por ela definidos, entre os quais se inclui o alívio da dor como um dos itens a ser avaliado na acreditação hospitalar, demonstrando um reconhecimento sobre o direito do paciente em ter sua queixa dolorosa avaliada, registrada e controlada.¹⁸⁻²³

A atenção à queixa dolorosa como também aos outros sinais vitais constitui-se em um dado imprescindível para que a equipe clínica possa atender adequadamente ao sofrimento de cada paciente. Os dados da avaliação são a base do diagnóstico etiológico da dor para a prescrição terapêutica analgésica e avaliação da eficácia obtida.²⁴

Ao que tudo indica, a questão do direito de não sentir dor e do direito de analgesia ou suporte antálgico não vem sendo trabalhada de forma efetiva durante a formação profissional.

Sabe-se apenas que a paciente tem o direito de não sentir dor, mas a eficácia deste saber informal, para muitos, surte pouco efeito, à medida que o desconhecimento corrobora para ações ineficazes. Evidencia-se uma lacuna decorrente da falta deste preparo e sensibilização, tanto na formação profissional quanto na educação continuada nos serviços de saúde. Os profissionais de enfermagem do presente estudo demonstraram reconhecer esta deficiência em sua formação, o que os leva a verbalizar a necessidade de atualização e maior aprofundamento nesta temática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo evidenciam que a dor pós-cesariana é uma realidade vivenciada pela totalidade das puérperas a ela submetidas, embora em diferentes limiares, havendo algumas mulheres que encaram esta dor como “normal”, levando-as a um conformismo com a mesma, apesar do desconforto gerado.

Por outro lado, a dor pós-cesariana não é unanimidade na opinião dos profissionais de enfermagem, o que ocasiona uma diversidade de condutas para o alívio da dor, diversidade esta percebida pelas mulheres assistidas.

Neste contexto, a quase totalidade dos profissionais entrevistados declara reconhecer a deficiência em sua formação profissional para o manejo e alívio da dor, o que os conduz a sentir a necessidade de formação/atualização nesta temática.

Uma vez que, como visto, quanto pior a experiência da dor, piores os cuidados com o recém-nascido e, acreditando que o cuidado humanizado preconizado no PNHAH inclui, necessariamente, o atendimento do usuário da saúde na sua individualidade e na especificidade de suas queixas, afirmamos que o cenário encontrado no cuidado ao alívio da dor pós-cesariana no presente estudo, indica fortemente a necessidade imperiosa de investir-se na qualificação dos profissionais das equipes de enfermagem e de saúde no âmbito do manejo da dor, tanto em nível de formação quanto em nível de atualização. Para tanto, recomenda-se: a) às instituições de ensino: que reconheçam esta deficiência na formação profissional e ajustem seus currículos visando a instrumentalizar o profissional em formação para reconhecimento e tratamento efetivo e eficaz das queixas de dor; b) às instituições de saúde: que possibilitem e estimulem seus profissionais a participarem de cursos de formação e atualização para o alívio da

dor, proporcionando-lhes a apropriação do conhecimento das tecnologias de cuidado, de forma a garantir uma assistência isenta de riscos, e que ofereça segurança à paciente, aos profissionais e à própria instituição, melhorando a qualidade do processo de assistir/cuidar de forma humanizada.

REFERÊNCIAS

1. Rezende J. Obstetrícia. Rio de Janeiro (RJ): Ed. Guanabara Koogan; 2010.
2. Torloni MR, Daher S, Betrán AP, Widmer M, Montilla P, Souza JP. Portrayal of caesarean section in Brazilian women's magazines: 20 year review. *BMJ* 2011 Jan; 342:d276.
3. WHO. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985 Aug 24; 2(8452):436-7.
4. PortalODM [internet]. Taxa de partos cesárea no Brasil é a maior do mundo: 44% [update 2011 Jun 29; acesso 2012 Ago 13]. Disponível em <http://www.portalodm.com.br/taxa-de-partos-cesarea-no-brasil-e-a-maior-do-mundo-44-n-627.html>
5. Desgualdo P. A cesárea no Brasil [internet]. [update 2011 Dez 02; acesso 2009 Abr 07]. Disponível em: <http://bebe.abril.com.br/materia/a-cesarea-no-brasil>
6. Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina. Cesariana é a preferência [online]. 2011 Dez 18 [acesso 2012 Ago 13]. Disponível em: http://portales.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=1778:-clipping-18-de-dezembro-2011-&catid=624:clipping-2011&Itemid=409.
7. Pinotti JA, Sabatino JH. Medicina perinatal. São Paulo (SP): Ed. UNICAMP; 1982.
8. Granot M, Lowenstein L, Yarnitsky D, Tami A, Zimmer EZ. Postcesarean section pain prediction by preoperative experimental pain assessment. *Anesthesiology*. 2003 Jun; 98(6):1422-6.
9. Bernardo CLE. O papel da enfermagem. In: Drummond JP. Dor aguda: fisiopatologia clínica e terapêutica. São Paulo (SP): Editora Ateneu; 2000. p. 171-210.
10. Souza L, Pitangui ACR, Gomes FA, Nakano MAS, Ferreira CH. Mensuração e características de dor após cesárea e sua relação com limitação e atividades. *Acta Paulista*, 2009 Dez; 22(6):741-7.
11. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Assistência à Saúde, Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília (DF): MS; 2001.
12. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul (RS): Educ; 2003.
13. Rakel B, Frantz R. Effectiveness of transcutaneous electrical nerve stimulation on postoperative pain with movement. *J Pain*. 2003 Oct; 4:455-64.

14. Maquez JO. Bases de anatomia e fisiopatologia. Dor Diagnóstico Tratament. 2004 Abr-Jun; 1(1):3-10.
15. Godfrey H. Understanding pain, part 2: pain management. Br J Nurs. 2005 Sep 22-Oct 12; 14(17):904-9.
16. Karlström A, Engström-Olofsson R, Norbergh KG, Sjöling M, Hildingsson I. Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs [online]. 2007 Sep-Oct [acesso 2011 Abr 23];36(5):430-40. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1552-6909.2007.00160.x/abstract>
17. Lafleur KJ. Taking the fifth (vital sign). RN [periódico na Internet] 2004 jul [acesso em 2011 jun 27]; 67(7) Disponível em URL: <http://www.modernmedicine.com/modernmedicine/CE+Library/Taking-the-fifth-vital-sign/ArticleStandard/Article/detail/103330>
18. Silva YB, Pimenta C.A.M. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. Rev Esc Enferm USP. 2003; 37(2):109-18.
19. Eler GJ, Jaques AE. O enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor. Arq Ciênc Saúde Unipar [online]. 2006 Set-Dez [acesso 2011 Jun 27] 10(3): Disponível em: <http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/624/541>
20. Gayeski ME, Brüggemann OM. Métodos não farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão sistemática. Texto Contexto Enferm [online]. 2010 Dez [acesso 2011 Jun 30]; 19(4):774-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400022&lng=pt
21. Melo DPG, Molinero DPVR, Dias RO, Mattei K. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) following cesarean surgery. Rev Bras Fisioterapia. 2006; 10(2):219-24.
22. May LE. A atuação da enfermeira frente à dor do cliente em pós-operatório - uma abordagem humanizada [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2003.
23. Mendonça SHF, Leão ER. Implantação e monitoramento da dor como 5º sinal vital: o desenvolvimento de um processo assistencial. In: Leão ER, Chaves LD. Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. 2ª ed. São Paulo (SP): Martinari; 2007. p. 623-39.
24. Pimenta CAM. Dor oncológica: bases para avaliação e tratamento. In: Pessini L, Bertachini L. Humanização e cuidados paliativos. 3ª ed. São Paulo (SP): Loyola; 2006. p. 241-62.