

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Fernandes Figueira

Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher

AVALIAÇÃO DA DOR NO PÓS-OPERATÓRIO DE CESARIANA ATRAVÉS DA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE MCGILL

Rachel Souza de Queiroz Varella

Dissertação apresentada à
pós-graduação em Saúde da
Criança e da Mulher –
Mestrado Profissional, como
parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre
em Saúde da Criança e da
Mulher

Orientador: Prof^o. Dr^o. Marcos Augusto Bastos Dias

Rio de Janeiro
Outubro/2011

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente ao meu grande orientador Prof^o.Dr^o. Marcos Augusto Bastos Dias, que confeccionou essa tese segurando nas minhas mãos e digitando comigo. Eu não conseguiria sem você e só me resta agradecer.

Tenho muito a agradecer aos professores da Pós-graduação em saúde da criança e da mulher, que me fizeram enxergar a vida de forma diferente, que existem várias formas de pensar além da medicina.

Sou grata a receptividade e ao profissionalismo do Prof^o Dr^o. Saint Clair Gomes, pela grande estatística apresentada.

Aos digníssimos Professores Doutores que fazem parte da minha banca, contribuindo cada dia mais para o meu crescimento profissional e pessoal.

Aos funcionários da biblioteca do IFF na ajuda e disponibilidade sempre.

A secretaria acadêmica pela contribuição durante esse processo.

Aos meus colegas de turma, de quem recebi uma força tremenda. Foi muito bom estar com vocês nesse período.

As grandes pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para esse resultado, vocês sabem quem são.

Por fim, agradeço, do fundo do coração a minha mãe, meu marido e toda a minha família, por inúmeras razões.

DEDICATÓRIA

Aos meus amores amigos que estão sempre do meu lado ao longo dessa vida, minha mãe e meu marido. Ao meu amor que se foi e que nunca esqueci. Aos meus amores de sangue que nunca abro mão. Dedico esta tese a quem nunca deixou de acreditar em mim, quando nem eu mesmo acreditava.

Resumo

Introdução: A dor é um sintoma frequente no pós-operatório. Ao contrário do que acontece com outras cirurgias, no pós-operatório da cesariana as mulheres não podem realizar repouso porque precisam cuidar do recém-nascido. A taxa de cesarianas no Brasil é muito elevada e conhecer a percepção de dor das mulheres no pós-operatório desta cirurgia, pode ajudar a estabelecer novas rotinas de utilização de analgésicos.

Objetivos: O objetivo desse estudo foi avaliar a dor no pós-operatório de cesariana através do questionário de dor de McGill. Esse instrumento avalia a dor nos seus diferentes aspectos: sensitivo, avaliativo, afetivo e miscelânea. A dor foi avaliada 36 a 48 horas após a cirurgia, quando já houve a metabolização das drogas utilizadas na anestesia. **Materiais e métodos:** Foi feito um estudo transversal com puerperas de cesariana no período de Dezembro 2010 a Maio de 2011. Participaram da pesquisa 120 mulheres submetidas à cesariana no Instituto Fernandes Figueira- FIOCRUZ, sem complicações no pós-operatório. **Resultados:** A dor pós-cesariana não apresentou diferença na sua dimensão em relação à idade, raça e renda familiar. A dor apresenta maiores escores no campo cognitivo-avaliativo nas pacientes com maior grau de instrução, e no campo miscelânea, nas mulheres com menor grau de instrução. O PRI afetivo nas pacientes solteiras foi maior quando comparado as pacientes que viviam com o companheiro. Não houve diferença no escore de dor em relação ao número de cesarianas anteriores. Mães com RN na UTI apresentaram maior índice de dor no campo miscelânea que mães com RN no alojamento conjunto. Mães que receberam anestesia com morfina apresentaram índice de dor total, sensitivo e avaliativo maior quando comparado as puérperas que receberam como opióide o fentanil. Mulheres que tiveram a cesariana indicada durante o trabalho de parto, apresentaram um PRI avaliativo maior quando comparada as mulheres que tiveram cesariana eletiva.

Conclusão: A grande maioria das mulheres (93,3%) referiu que a dor pós-operatória da cesariana é de intensidade moderada a severa apesar do uso da medicação analgésica regular na prescrição. Mesmo assim, 88,3% das puérperas estavam muito satisfeitas ou satisfeitas com a medicação prescrita para alívio da dor. A utilização da avaliação rotineira do nível de dor percebido pelas puerperas pode proporcionar maior bem estar no período do pós-operatório quando estas mulheres precisam estar ativas para cuidar de seus bebês.

Palavras-chave: Cesariana, dor, Questionário de McGill, dor pós-operatória.

Abstract

Purpose: Pain is a common postoperative symptom. Unlike other surgeries, in the postoperative period of Caesarean sections patients don't get much rest because they must take care of their newborn babies. Brazil has one of the highest Caesarean rates in the world, and, thus, knowledge of pain perception in women in the postoperative period of Caesarean operations may help establish new routines in the use of painkillers.

Objectives: The aim of this study was to assess pain in the postoperative period following Caesarean sections using the McGill Pain Questionnaire. This instrument assesses the sensory, evaluative, affective and miscellaneous components of pain. Pain was assessed 36 to 48 hours after surgery when the anesthetic drugs were already metabolized in the body.

Material and Methods: We performed a cross-sectional study with women who had Caesarean section during the December 2010-May 2011 period. 120 women undergoing Caesarean sections at the Instituto Fernandes Figueira- FIOCRUZ, without surgery complication participated in the study. **Results:** Pain after Caesarean operation did not differ in terms of age, race and family income. The pain had higher scores in the cognitive-evaluative field in those patients with higher education levels and in the miscellaneous field in patients with lower education levels. The affective component of PRI in unmarried patients was higher compared to patients living with a partner. There was no difference in pain score compared to the number of previous Caesarean sections. Mothers with their babies in the NICU had higher score in the miscellaneous component of PRI than mothers rooming-in with their babies. Mothers anesthetized with morphine had higher scores in the total PRI, sensory and evaluative components when compared to the mothers given an opioid such as fentanyl. Women with indication for Caesarean section during labor showed higher scores for the evaluative component of pain compared to women who had elective Caesarean section. **Conclusions:** Most women (93.3%) reported that postoperative pain intensity is moderate to severe despite the regular use of painkillers. Yet, 88.3% of the mothers were very satisfied or satisfied with the medication prescribed for pain relief. The use of routine assessment of the level of pain perceived by pregnant women can provide greater well-being in the postoperative period when these women must have plenty of energy to take care of their babies.

Key-words: Caesarean section, pain, McGill questionnaire, postoperative pain

LISTA DE SIGLAS

AINEs: antiinflamatórios não esteroidais
ANOVA: Análise de variância (teste estatístico)
COX-1: cicloxigenase 1
COX-2: cicloxigenase 2
CPME: Corno posterior da medula espinhal
DCP: desproporção céfalo-pélvica
DDS: Escala de Descritores Diferencial (Descriptor Differential Scale)
DHEG: Doença Hipertensiva específica da Gravidez
FIOCRUZ: Fundação Oswaldo Cruz
HPV: Vírus do Papiloma Humano
IASP: International Association for the Study of Pain
IFF: Instituto Fernandes Figueira
IPAI: Instrumento da avaliação inicial da dor (Inicial pain assessment inventory)
MFF: Malformação fetal
MMPI: o Inventário de Personalidade Multifásico de Minnesota
MPAC: Escala de Avaliação da Dor Relembrada (Memorial Pain Assessment Card)
MPI: Inventário Multidimensional de Dor (Multidimensional Pain Inventory)
MPQ: Questionário de Dor de McGill (McGill Pain Questionnaire)
MPQ-Br: Questionário de Dor de McGill adaptado para a língua portuguesa
NMDA: N-metil D-Aspartato
NRS: escala de categoria numérica
OMS: Organização Mundial de Saúde
PD: Desenho da localização da dor (Pain Drawing)
PPI: intensidade da dor presente
PRI: Índice de classificação da dor
RN: recém-nascido
SF: Sofrimento Fetal
SOS: medicação administrada em caráter de urgência
SP: substâncias plasmáticas
SUS: Sistema único de saúde
UTI: Unidade de tratamento intensivo
VAS: escala analógica-visual de dor

LISTA TABELAS

Tabela 1: Dados sociodemográficos das mulheres entrevistadas	pg.48
Tabela 2: Antecedentes obstétricos, indicação da cesariana índice do estudo e situação do recém-nascido	pg. 50
Tabela 3: Características da indicação da cesariana índice e dos procedimentos anestésicos	pg. 52
Tabela 4: Graus de dificuldade relacionados com a presença de dor nas atividades cotidianas da mulher no alojamento conjunto	pg. 55
Tabela 5: Quantidade de descritores escolhida para caracterizar a dor no pós-operatório	pg. 57
Tabela 6: Frequência dos descritores de qualidade da dor no pós-operatório conforme as dimensões do questionário McGill	pg. 58
Tabela 7: Média dos índices de classificação da dor conforme as características sociodemográficas	pg. 59
Tabela 8: Média dos índices da dor conforme as características obstétricas e situação do RN	pg. 61
Tabela 9: Médias dos índices de dor conforme as características da anestesia/drogas utilizadas e analgesia	pg. 62
Tabela 10: Intensidade da dor no pós-operatório nos momentos de pior e de menor intensidade comparados à pior cólica menstrual	pg. 63
Tabela 11: Característica da dor no pós-operatório	pg. 64
Tabela 12: Peculiaridades da aplicação do MPQ-Br na amostra estudada	pg. 66

Sumário

1. Introdução.....	pg. 11
2. Justificativa.....	pg. 14
3. Objetivos.....	pg. 16
4. Referencial Teórico.....	pg. 17
4.1 Dor.....	pg. 17
4.2 Dor no parto.....	pg. 19
4.3 Dor e Cirurgia.....	pg. 20
4.4 Tratamento da dor no pós-operatório.....	pg. 24
4.5 Avaliação e mensuração da dor.....	pg. 28
4.6 Instrumentos para avaliação da dor.....	pg. 29
4.6.1 Escalas Unidimensionais.....	pg. 29
4.6.2 Escalas Multidimensionais.....	pg. 30
5. Pressuposto.....	pg. 36
6. Material e Método.....	pg. 37
7. Análise de dados.....	pg. 44
8. Questões éticas.....	pg. 45
9. Resultados.....	pg. 46
9.1 Características sócio-demográficas:.....	pg. 46
9.2 Antecedentes obstétricos, cesariana atual e situação do RN:.....	pg. 49
9.3 Características da anestesia utilizada para a cesariana índice e evolução clínica no pós-operatório imediato:.....	pg. 51
9.4 Satisfação das mulheres com medicação analgésica e dificuldades na realização de tarefas:.....	pg. 53
9.5 Avaliação do dor no pós-operatório de cesariana:.....	pg. 56
9.6 Qualidades da dor pós-operatório:.....	pg. 57
9.7 Avaliação da intensidade e comportamento da dor:.....	pg. 62
9.8 Aplicabilidade da versão Brasileira do questionário da dor de McGill:..	pg. 64
10. Discussão.....	pg. 68
Considerações Finais.....	pg. 78
Bibliografia.....	pg. 81
Apendice 1.....	pg. 87
Apendice 2.....	pg. 90

APRESENTAÇÃO

A dor é um sintoma subjetivo e abstrato (IASP, 1979)¹, bastante discutido na literatura, devido aos danos físicos, emocionais e até mesmo econômicos que podem produzir.

Entretanto, devido à complexidade do fenômeno, a interpretação das dimensões da dor vem sofrendo modificações ao longo dos anos, em função de aquisições científicas e dos aspectos culturais de cada povo (Teixeira et al, 2003)².

Apesar dos malefícios da dor, esta ainda é avaliada inadequadamente e subestimada pelos profissionais da saúde. Este fato resulta em manuseio inadequado do arsenal terapêutico existente, principal barreira em seu alívio satisfatório, resultando em desconforto e em deterioração física e emocional dos que padecem de dor (Gozzani, 2009)³.

A cirurgia de cesariana é bastante realizada em todo o mundo, e o malefício da dor no seu pós-operatório, estudado e discutido. A dor retarda a deambulação, o contato com o recém-nascido, o bom posicionamento para a amamentação e a realização tarefas do cotidiano (Granot, 2003)⁴.

Vários autores discutem a melhor forma de avaliar a dor e de abordá-la, todos ressaltando a sua importância no puerpério, para a realização de um pós-parto mais humanizado. Sousa (2009)⁵ encontrou em seu trabalho, que a dor no pós-operatório de cesariana limita o movimento de sentar e levantar em todas as pacientes estudadas.

Devido à complexidade da dor, optamos por avaliá-la, em nossa pesquisa, por um instrumento multidimensional, o questionário de dor de McGill.

O primeiro capítulo desta dissertação inclui a introdução ao assunto, composta pela delimitação do tema, justificativa e referencial teórico, demonstrando a relevância da avaliação da dor no pós-operatório de cesariana como questão de Saúde Pública.

No segundo capítulo são apresentados o objetivo geral, os objetivos específicos e a hipótese a ser testada no trabalho, apresentamos também as questões éticas envolvidas. O terceiro capítulo apresenta a metodologia utilizada na pesquisa. O quarto e o quinto capítulos trazem respectivamente os resultados encontrados no estudo e a discussão dos mesmos com a literatura.

Por fim, no sexto capítulo são apresentadas as considerações finais, seguidas pelos anexos, nos quais constam o termo de consentimento livre e esclarecido oferecido às pacientes, o instrumento para a entrevista com a mulher, o questionário de dor de McGill e o instrumento utilizado para mensurar e avaliar a dor.

1. Introdução

A dor física é uma das principais causas do sofrimento humano, suscitando incapacidades, comprometendo a qualidade de vida e ocasionando repercussões psicológicas, sociais e econômicas, tornado-a um grande problema de saúde pública.

Como sensação subjetiva de um sintoma, a dor envolve aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais. A Associação Internacional para o Estudo da Dor (2004)⁶ define este sintoma como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma ameaça real ou potencial de dano tecidual, descrita em termos de tal dano”.

De um modo geral, a dor, aguda ou crônica, leva a sintomas como alterações nos padrões de sono, apetite e libido. Pode ocasionar também irritabilidade, alterações de energia, diminuição da concentração, além de dificuldades em atividades sociais, profissionais e familiares (Kreling, 2006)⁷.

A dor afeta milhões de pessoas em todo o mundo. Apesar do avanço em medicações analgésicas e anestésicas ao longo das últimas décadas, muitos pacientes vivenciam dores importantes (Yates, 1998)⁸, promovendo grande impacto no paciente. Em geral, os profissionais de saúde subestimam a dor pós-operatória na prescrição médica e na administração de drogas. É fato que existe uma concepção inadequada em relação ao uso de opióides para o alívio da dor, em especial, no que diz respeito ao medo de ocasionar o vício no paciente, a dependência física, a tolerância e efeitos colaterais (Weinstein, 2000)⁹.

A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor, a descrevem como o quinto sinal vital, e como tal, deve ser avaliado

tão automaticamente quanto os demais sinais vitais do paciente: temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial (Sousa, 2002)¹⁰.

Mesmo sabendo dos danos e repercussões da dor, até mesmo alguns tratamentos médicos, como as cirurgias, podem provocar uma dor importante. O estímulo nociceptivo provocado pelo trauma cirúrgico é um fenômeno previsível, e mesmo assim, ele não é sempre prevenido ou tratado adequadamente. Além do aspecto desagradável e das repercussões fisiológicas da dor no pós-operatório, ela pode retardar a deambulação do paciente e postergar sua alta hospitalar (Chapman, 1992)¹¹.

A dor é frequentemente encontrada no pós-operatório, determinando aumento da morbi-mortalidade. Alguns autores acreditam que, apesar das técnicas de analgesia disponíveis e de fármacos cada vez mais seguros, a prevalência de dor no pós-operatório ainda se encontra em níveis inaceitáveis (Apfelbaum JL; Chen C; Mehta SS et AL, 2003)¹².

A cesariana é um procedimento cirúrgico utilizado para retirar um ou mais feto de dentro do útero quando, durante a gestação ou evolução do trabalho de parto, ocorrem situações que podem ameaçar o bem estar da mãe ou do concepto (Belizan, 1999)¹³.

Dentre as cirurgias, a cesariana é bastante executada em todo o mundo, e os malefícios da dor no seu pós-operatório são bastante discutidos na literatura. A dor pós-cesariana dificulta a recuperação da mulher e retarda o contato dela com o recém-nascido. É também um obstáculo para o bom posicionamento no momento da amamentação, para o auto cuidado e para os cuidados com o recém-nascido, para realizar atividades cotidianas, como sentar e levantar, caminhar, realizar higiene íntima, entre outras (Granot M et al,2003)⁴.

É fundamental compreender o significado da mensuração da dor e ampliar o campo de saberes acerca da importância da analgesia no pós-operatório. Os aspectos éticos também estão envolvidos no manejo da dor.

Os princípios bioéticos de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça devem nortear as decisões terapêuticas de toda a equipe de saúde (Diniz, 2006)¹⁴.

O adequado tratamento da dor no pós-operatório não é apenas uma questão fisiopatológica, é também uma questão ética e econômica. O melhor controle da dor evita sofrimento desnecessário, proporcionando maior satisfação da paciente com o atendimento e reduz os custos relacionados a possíveis complicações, que determinem maior período de internação.

Um dos grandes desafios dos pesquisadores na área médica, está voltado para a mensuração da dor, considerando a sua subjetividade, complexidade e as múltiplas dimensões da experiência dolorosa. Nas últimas décadas, houve avanços referentes a elaboração de instrumentos para avaliação da dor.

Escalas multidimensionais têm sido as mais escolhidas para avaliar os processos dolorosos, pois conseguem mensurar a dor e os seus diferentes componentes: sensitivos, afetivos e avaliativos de forma mais abrangente.

Avaliar a dor de um procedimento que está se tornando cada vez mais comum no nosso meio, e tentar conhecer mais apuradamente esse sintoma no contexto de uma maternidade do Sistema Único de Saúde (SUS), poderá qualificar o modelo de atenção e auxiliar na elaboração de rotinas analgésicas mais efetivas para o tratamento adequado dessa dor, promovendo assim uma assistência mais humanizada no puerpério.

Portanto, o objeto deste estudo é avaliar a dor no pós-operatório de cesariana nas pacientes atendidas na Maternidade do Instituto Fernandes Figueira, utilizando o questionário de dor de McGill.

2. Justificativa

Como médica anesthesiologista do Instituto Fernandes Figueira (IFF), Hospital de referência para gestação de alto risco fetal, trabalho com um perfil de pacientes diferenciado. Encontramos em nosso serviço, pela sua característica de hospital terciário, uma alta taxa de cesarianas, chegando a aproximadamente 50% do número total de partos nesta instituição.

Essa alta taxa de cesarianas incentivou-me a rever a percepção da dor nas puérperas e a avaliar, quantitativamente e qualitativamente, a mesma no que ela pode auxiliar na promoção de estratégias mais eficientes de analgesia pós-operatória.

As dores ocasionadas pelas contrações uterinas do parto vaginal são esperadas entre as parturientes e consideradas algo inerente a experiência de ser mãe. Essa dor é bastante discutida na literatura e encontramos diversos trabalhos a seu respeito, tanto na área de Obstetrícia como na Anestesiologia e Saúde Pública. Porém, durante a busca na literatura nacional e internacional por publicações referentes a dor no pós-operatório de cirurgias cesarianas, encontramos um número limitado de fontes bibliográficas a respeito. Encontramos apenas um estudo nacional recente, onde as autoras avaliaram a dor frente às atividades do cotidiano após cesariana, as quais concluíram que a dor presente nas participantes do estudo era moderada, sendo mais intensa no movimento de sentar e levantar, seguida da caminhada e repouso. As participantes relataram a atividade de sentar e levantar, limitada pela dor, em 100% dos casos (Sousa et al, 2009)¹¹.

Na cesariana, diferentemente de outras cirurgias, as pacientes não podem repousar recuperando-se após o ato operatório. Por conta da necessidade de amamentar

e de realização de outros cuidados com o recém-nascido, a mulher precisa movimentar-se e retomar suas várias atividades cotidianas. É importante também destacar que a presença da dor é influenciada por fatores psicológicos, que se apresentam alterados na fase puerperal (Granot, 2003)⁴.

O alívio da dor é objetivado como um direito básico de todos e, portanto, trata-se não apenas de uma questão clínica, mas também de uma situação ética que envolve todos os profissionais de saúde que cuidam da paciente.

Manias e cols. afirmam que o problema do alívio inadequado da dor foi bem documentado em todos os países desenvolvidos e, nos países em desenvolvimento, a realidade chega a ser ainda pior (Manias, 1999)¹⁵. O tratamento inadequado da dor é importante porque a dor não tratada pode afetar adversamente a recuperação em cirurgias e pode evoluir para uma dor persistente, crônica, obviamente com custos financeiros e sociais (Cousins, 2000)¹⁶.

Desenvolver um estudo com enfoque na avaliação da percepção da dor no pós-operatório de cesarianas poderá fornecer informações importantes sobre essa experiência dolorosa, auxiliando os profissionais de saúde na utilização efetiva de agentes analgésicos eficazes para atenuar completamente a dor. Poderá também oferecer subsídios para a elaboração de rotinas para o melhor controle da dor no pós-operatório.

3. Objetivos

3.1. Geral:

Avaliar a percepção da dor no pós-operatório de cesarianas utilizando o questionário de dor de McGill.

3.2. Específicos:

- Descrever a experiência da dor no pós-operatório.
- Descrever as medicações utilizadas rotineiramente para analgesia no pós-operatório no IFF.
- Analisar os fatores associados à percepção da dor pelas pacientes.

4. Referencial Teórico

4.1. Dor:

Encontramos na literatura, além da já citada definição da IASP (International Association for the Study of Pain)⁶, outras voltadas para este complexo sintoma. Citamos a seguir:

“ Tudo o que a pessoa que sofre diz ser dor, e existe sempre que a pessoa diz que existe.” (Atkinson L; Murray ME, 1989)¹⁴.

Dor é conceituada pela Associação Internacional para Estudos da Dor como *“uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos destes”*(Bonica, 1990)¹⁸.

Como podemos perceber, existem algumas definições de dor na literatura; por ser um sentimento tão complexo e subjetivo. A dor pode ser definida quanto a sua temporalidade como aguda ou crônica. A dor pós-operatória, como tem um início previsível pelo ato cirúrgico, recebe a denominação de dor aguda.

A dor aguda está relacionada à estimulação nociceptiva produzida por uma lesão (fratura, incisão cirúrgica, queimadura). Resulta em conjunto de experiências sensitivas, cognitivas e emocionais, associadas a respostas autonômicas e comportamentais, estando também ligada a elevado índice de ansiedade.

Na evolução dos quadros algícos agudos, de modo geral, há redução gradual da intensidade da dor, relacionada à resolução do processo inflamatório e cicatrização da área lesada. Especula-se que a dor aguda persistente possa alterar a plasticidade do

sistema nervoso, levando à sua cronificação (Whedon, 2001)¹⁹. Esse fato tem sido apontado como mais uma das razões para o adequado controle da dor aguda.

O estímulo nocivo de natureza mecânica, térmica ou química provoca dano tecidual, o que resulta no acúmulo de substâncias algogênicas (histamina, prostaglandinas, hidrogênio e outras). Estas substâncias sensibilizam as terminações nervosas livres, reduzindo o limiar de excitabilidade dos nociceptores. A informação dolorosa é transmitida pelas fibras nociceptivas A delta e C que se dirigem ao corno posterior da medula.

Após ascender pelos tratos espinotalâmicos e espinorreticular, a informação dolorosa chega à formação reticular, tálamo, substância cinzenta periaquedutal, sistema límbico e córtex cerebral. A informação dolorosa aumenta a atividade do sistema nervoso autonômico, levando ao aumento da síntese de catecolaminas e hormônios. A liberação intensa e prolongada destas substâncias produz alterações cardiocirculatórias (taquicardia, aumento do volume sistólico, vasoconstricção periférica, aumento do débito cardíaco, do consumo de oxigênio e da pressão arterial), taquipnéia, retenção hídrica, aumento do catabolismo com elevação dos níveis de glicose, alterações na coagulação e redução da resposta imune. O estímulo do sistema nervoso simpático reduz o tônus intestinal, retarda o esvaziamento gástrico, predispõe à ocorrência de íleo paralítico, náuseas e vômitos e aumenta o tônus do esfíncter vesical, podendo levar à retenção urinária (Bonica, 1990)¹⁸.

A dor resulta em alterações respiratórias, hemodinâmicas e metabólicas, que predispõem o doente à instabilidade cardiovascular, maior consumo energético e protéico e redução do volume ventilatório. Dor não controlada pode estar associada à arritmias cardíacas, atelectasias e pneumonias e depleção proteicocalórica, entre outras morbidades (Whedon, 2001)¹⁹.

4.2. Dor no parto:

A dor pode ser excruciante para uma parturiente durante o trabalho de parto, enquanto, para outra, pode ser facilmente tolerável ou até mesmo inexistir (Gurgel, 1997)²⁰.

Essa citação nos leva a um aspecto importante e diferenciado em relação a forma de vivenciar um parto. O parto é diferente no ponto de vista de cada sociedade, uma vez que sofre influências de fatores biológicos, culturais, socioeconômicos e emocionais.

Por vez, o parto é visto como o marco inicial da maternidade e a dor daquele momento se torna “esquecida” após estar com a criança no colo. Para algumas mulheres, a boa mãe é aquela que sofreu para dar a luz, cumprindo assim seu papel de mãe.

Por outro lado, o medo de sentir dor é muito difundido pelas mulheres nos dias atuais. A dor do parto para algumas é bastante intensa, sofrida, desgastante, o que as faz optar pela cesariana. O medo do sofrimento, ainda representa um dos maiores temores relacionados ao “parto normal” (Bastos et AL,2001²¹; Bonica, 1987²²; Melzack, 1993²³; Durval Neto,2009²⁴).

Existem diversos métodos farmacológicos e não-farmacológicos disponíveis para o efetivo alívio da dor no parto (Anim-Somuah *et al*, 2008)²⁵. Porém, a parturiente só poderá dispor de autonomia e liberdade de escolha, a partir de informações antecipadas sobre os métodos disponíveis e as condutas adotadas pela equipe de assistência obstétrica em relação à dor durante o trabalho de parto e no próprio período expulsivo (Drummond,2000²⁶; Melzack,1993²³; Ready e Edwards,1997²⁷).

Hoje, passamos a não mais aceitar que o sofrimento do parto seja necessário para a mulher como desígnio divino, onde era dificultado e até mesmo negada qualquer ajuda no sentido de minimizar a dor (Diniz, 2005)²⁸.

O tipo de via preferida para o parto depende muito da experiência anterior da mulher com a dor. No caso das primíparas, com o medo da dor desconhecida no parto normal.

4. 3. Dor e cirurgia:

A dor pós-operatória tem um componente nociceptivo e outro neuropático. O componente nociceptivo resulta da ativação de receptores periféricos e condução dos impulsos pelas vias de dor e percepção na região supra-espinhal. Esse componente pode ser aliviado de forma adequada com antiinflamatórios e opióides. O componente neuropático resulta da lesão de fibras nervosas, com alteração da modulação da dor e sensibilização central, que cria mecanismos de amplificação da dor, hiperalgesia e alodinia.

Além disso, a lesão periférica causada pelo trauma, calor do bisturi elétrico e cauterização, provoca dor decorrente da ação de mediadores químicos liberados pelos vasos sanguíneos, sistema imunológico e migração antidrômica das terminações nervosas. Alguns desses mediadores como o óxido nítrico, cininas, bradicininas, prostaglandinas, serotonina, histamina, citocinas, Substância P, glutamato, neurocinina A e peptídeo geneticamente relacionado a calcitonina ativam e/ou sensibilizam os nociceptores, constituindo o processo inflamatório, levando a hiperalgesia e sensibilização periférica..

A dor pós-operatória, então, é causada basicamente pela lesão do tecido e pelo 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 leva a redução do limiar doloroso e a aumento da sensibilidade das terminações nervosas adjacentes, causando hiperalgesia a estímulos que antes não geravam dor, como o estímulo tátil, por exemplo. A realização de qualquer procedimento durante a vigência desse processo pode gerar ainda mais dor, sobretudo durante a mobilização e movimentação da paciente, que provoca mobilização da região incisional.

A dor não é apenas um incômodo, mas envolve complexas reações fisiológicas, com manifestações autonômicas e psicológicas que levam a imunossupressão, à diminuição da perfusão tissular, ao aumento do consumo de oxigênio, do trabalho cardíaco, ao espasmo muscular, à alteração da mecânica respiratória e à liberação dos hormônios do *stress*, culminando no aumento do catabolismo e alteração do balanço nitrogenado.

Além disso, a não mobilização da paciente, decorrente da dor, aumenta o risco de ocorrência de pneumonia e trombose venosa no período pós-operatório, havendo relação direta destes eventos com o aumento da morbi-mortalidade da paciente cirúrgica (Barash, 1992)²⁹. Ressaltamos também que a movimentação e deambulação precoce são essenciais para a recuperação efetiva e rápida no pós-operatório. (White, 1995)³⁰.

A dor também reduz a movimentação e a deambulação precoce, favorecendo o aparecimento de trombose profunda, principalmente em pacientes idosos e naqueles

submetidos a cirurgias extensas. Além disso, interrompe o sono, o que pode resultar em maior desgaste físico, fadiga e menor motivação para cooperar com o tratamento (Leon-Casasola, 1994)³¹.

A deambulação, além de evitar complicações pulmonares, também previne o íleo paralítico, quase sempre presente no pós-operatório de cirurgias abdominais.

O conceito de que a dor pós-operatória é normal, esperada e aceita pelo paciente e familiares é bastante comum nos corredores de hospitais e na comunidade. Porém, esta idéia pode estar associada à falta de conhecimento da equipe médica, da equipe de enfermagem e de todos que cuidam do paciente, quanto à fisiopatologia e avaliação da dor, bem como, a possível falta de manuseio das drogas analgésicas e anestésicas. O resultado disso é que uma grande parte dos pacientes cirúrgicos apresenta dor no pós-operatório.

Pesquisadores em Chicago, realizaram um trabalho com entrevistas por telefone em 250 pacientes após sua alta hospitalar, submetidos a diversos tipos de cirurgia. Destes entrevistados, 80% dos pacientes referiram dor aguda no pós-operatório, dor esta considerada pelos entrevistados como moderada, grave ou extrema. Os autores chegaram a seguinte conclusão: mesmo tendo ocorrência universal, a dor pós-operatória é freqüentemente ignorada, podendo afetar a satisfação do paciente e diminuir sua qualidade de vida (Apfelbaum et AL, 2003)¹².

É inevitável que o procedimento cirúrgico cause lesão tecidual, seja pela manipulação cirúrgica direta visceral, ou através da própria incisão e pelo uso de afastadores cirúrgicos, que auxiliam a exposição do campo operatório. A dor é um fenômeno muito freqüente no pós-operatório e pode resultar em sofrimento e exposição dos doentes a riscos desnecessários.

A intensidade da dor depende tanto da influência de fatores fisiológicos, como a extensão do trauma durante a intervenção, a técnica cirúrgica empregada, as doenças prévias, o local e o tipo da incisão, quanto de fatores psicológicos (ansiedade, depressão, medo, dentre outros) e culturais (Ready & Edwards, 1995)³².

São características da dor no pós-operatório:

- A dor relacionada a procedimento cirúrgico é frequentemente aceita pelo paciente como natural e geralmente está presente bem próximo ao local da incisão cirúrgica.
- A linha de base da dor sofre exacerbação com os movimentos como deambulação e tosse.
- A dor pós-operatória tem caráter autolimitado.
- A dor evolui com melhora progressiva em um curto período de tempo.

No pós-operatório de cesariana, a dor é caracterizada como aguda, ou seja, apresenta início súbito com término previsível, e está intimamente ligada a dano tecidual devido às reações inflamatórias decorrentes de um processo traumático, que produzem a dor.

Vale salientar que a puérpera de parto cesáreo, particularmente durante o pós-operatório, é uma paciente ímpar quando comparada a paciente submetida a outras cirurgias. Ela tem necessidade de movimentação para cuidar de si própria e do recém-nascido, e está sujeita a sentir mais dor no local da incisão cirúrgica.

Pesquisadoras no Brasil realizaram um estudo no puerpéreo, mensurando e caracterizando a dor no pós-operatório de cesárea e sua relação com limitação de atividades. Concluíram que a dor pós-cesariana foi considerada moderada pelas

puérperas e bastante limitante para os movimentos de sentar e levantar (Sousa et al, 2009)⁵.

4.4. Tratamento da dor no pós-operatório:

O tratamento da dor pós-operatória consiste basicamente no uso de três classes de fármacos: os antiinflamatórios, os opióides e os anestésicos locais. A maioria dos medicamentos dessas classes causa efeitos colaterais que limitam sua utilização clínica de forma isolada.

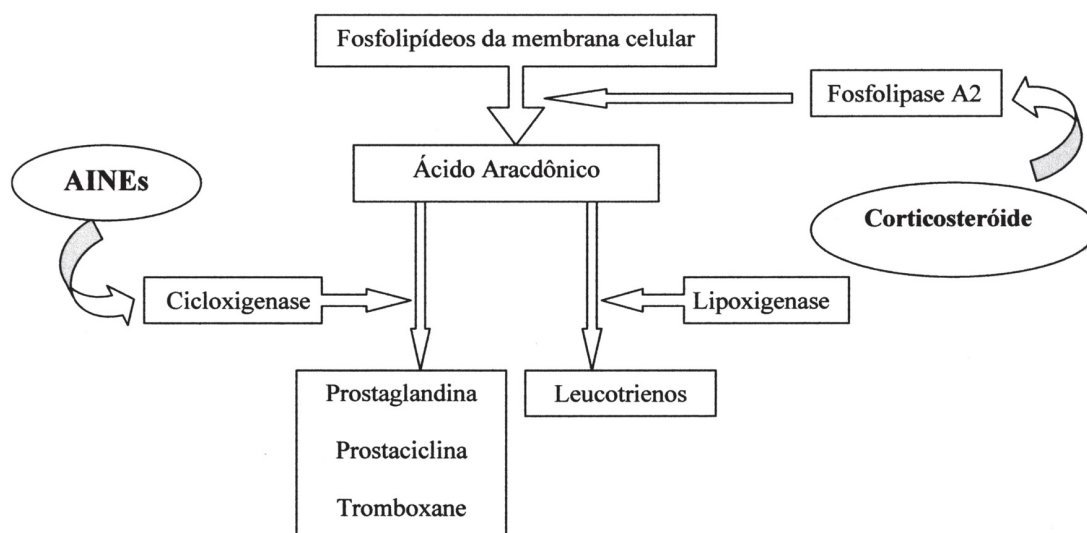
As técnicas analgésicas podem agir em diferentes locais da via da dor, sejam em nível periférico ou no sistema nervoso central. A combinação de fármacos de diferentes classes e com mecanismos de ação variados visa a obter efeito analgésico desejado com redução de efeitos colaterais.

A analgesia multimodal, utilizando associação de várias classes de analgésicos proporciona maior efeito. O uso de associação de fármacos com diferentes mecanismos de ação é utilizado para melhorar o efeito analgésico e diminuir os efeitos colaterais, pois permite diminuir a dose total de cada medicamento. Os fármacos utilizados na anestesia multimodal pertencem a diferentes classes com mecanismo de ação diferentes. A dipirona e o acetaminofen produzem analgesia por inibir a produção de prostaglandinas, principalmente a nível central, pois seus efeitos antiinflamatórios periféricos são fracos.

Os AINEs (antiinflamatórios não esteroidais) bloqueiam a enzima cicloxigenase (COX-1 e COX-2) inibindo a síntese de prostaglandinas e impedindo seus efeitos sobre o nociceptor. Os efeitos adversos desse grupo de drogas decorrem da inibição da enzima

constitutiva COX-1, provocando sangramento gastrointestinal, alteração da função plaquetária e renal, mais acentuadamente em idosos. Deve-se evitar AINEs em pacientes com úlcera péptica, coagulopatias e em tratamento com anticoagulantes. A COX-2 é induzida pela inflamação, aonde AINEs específicos para COX-2 produzem menos efeitos adversos, pois afetam pouco a atividade da COX-1 (Drummond, 2000)²⁶.

Mecanismo celular de ação dos antiinflamatórios (figura 1)



Os AINEs são importantes no controle da dor aguda pós-operatória, sendo utilizados em apresentação parenteral para aqueles pacientes que precisam ficar em dieta zero. São úteis quando associados a analgésicos opióides para controle da dor intensa, diminuindo suas doses, com melhora dos efeitos adversos como náuseas, vômitos e sonolência, que retardam a alta do paciente.

Os AINEs são vantajosos por não levar à tolerância nem à depressão respiratória, o que é importante nos pacientes muito jovens e naqueles com doença pulmonar. A desvantagem é que apresente dose teto, o que não acontece com os opióides.

Outra classe muito importante de fármacos são os opióides, que representam a base da analgesia para dores de pequena a grande intensidade. Podem ser usados praticamente por todas as vias e métodos de administração, não possuem dose teto, podendo a dose ser aumentada até o controle da dor, sendo limitada à ocorrência de efeitos colaterais.

A OMS³³ recomenda a escala analgésica para orientação em relação à terapia com opióides, sendo a dor fraca tratada com AINEs, dipirona, acetaminofen e adjuvantes.

Na dor moderada, associa-se o primeiro degrau aos opióides fracos, como codeína e tramadol e nas dores intensas, os opióides fortes, como morfina, fentanil, metadona e oxicodona.

A ação dos opióides ocorre pela inibição pré-sináptica do influxo de cálcio por canais voltagem dependentes gerando redução da liberação de neurotransmissores excitatórios como a Substância P e o glutamato, e pós-sináptica, através da ligação ao receptor acoplado à proteína G, ativando a abertura do canal de potássio o que aumenta a sua condutância, levando à hiperpolarização e conseqüente inibição da transmissão do impulso nervoso e aferência nociceptiva.

A morfina é um opiáceo hidrossolúvel, que uma vez administrado no espaço peridural, difunde-se rostralmente, proporcionando uma analgesia mais ampla quando comparada ao fentanil, que por ser lipossolúvel e sofrer reabsorção pelo plexo vascular peridural, proporciona analgesia por menor tempo. A reabsorção sistêmica destas drogas pode ser diminuída, adicionando adrenalina à solução analgésica.

A morfina, na dose de 1 a 5 mg, e o fentanil, na dose de 50 a 100mcg administrados no espaço peridural, proporcionam boa analgesia no intra operatório, que estende-se ao pós-operatório, melhorando o controle da dor. Para controle multimodal

da dor, é interessante associar anestésicos locais a esses fármacos como, por exemplo, a ropivacaína. A ropivacaína é bem indicada por ser menos cardiotoxica. Estão disponíveis na literatura médica vários trabalhos demonstrando que a adição de clonidina e/ou cetamina também contribui para a melhora da analgesia e diminuição das doses de opióides necessárias.

Conhecer as alterações provocadas na sensibilização central pela dor não tratada, nos autoriza a usar de maneira eficaz e multimodal os fármacos analgésicos, pois mecanismos diferentes e complexos estão envolvidos no processamento final do estímulo algico.

Assim, os anestésicos locais seriam usados para impedir a condução do estímulo doloroso através do bloqueio de canais de sódio, impedindo a aferência nociceptiva e a sensibilização do corno posterior da medula espinhal (CPME).

Os AINEs bloqueiam a produção de alguns mediadores químicos (prostaglandinas), que sensibilizam os nociceptores pela inibição da enzima cicloxigenase, impedindo sua ação sobre o ácido aracdônico. A cetamina bloqueia de forma não-seletiva e não competitiva o canal do receptor NMDA (N-metil D-Aspartato), localizado no segundo neurônio do CPME, impedindo a entrada do íon cálcio e a condução nervosa glutamato-dependente. A clonidina, usada como componente da analgesia multimodal, possui ação ativadora em receptores α_2 adrenérgicos pré-sináptico, diminuindo a produção de AMPc e o influxo de cálcio, reduzindo assim o tono simpático central e a condução nervosa NA dependente no SNC.

Embora seja sabido da exposição do recém-nascido a todas as drogas administradas na puerpera, e o conhecimento a respeito de drogas na lactação seja

bastante amplo, ainda não se conhece os efeitos colaterais para as crianças amamentadas de muitas drogas utilizadas pela nutriz.(Ministério da Saúde, 2000)³⁴.

Além disso, os efeitos de muitas drogas novas ainda não foram devidamente estudadas ou apresentam divergências na literatura, quando utilizadas na amamentação.

O princípio fundamental da prescrição de medicamentos para as mães em lactação baseia-se principalmente no conceito risco e benefício. As vantagens do aleitamento materno são enormes, enquanto os riscos da grande maioria dos medicamentos para os RN são mínimos.

4.5. Avaliação e mensuração da dor:

Um dos grandes desafios dos pesquisadores na área médica, ainda está voltado para a mensuração da dor clínica, considerando a subjetividade, complexidade e multidimensionalidade da experiência dolorosa. Nas últimas décadas, houve avanços referente à elaboração de instrumentos para fazerem o *link* entre o profissional de saúde e o paciente, quando o assunto é dor.

Esses instrumentos têm como objetivo facilitar a comunicação entre o paciente e o profissional de saúde, conhecer a incidência, duração e intensidade da dor sentida, e também avaliar as técnicas empregadas para analgesia, avaliando assim o alívio da dor.

Os fatores mais importantes na escolha do instrumento para avaliação da dor são: a da capacidade do paciente para compreendê-lo e a capacidade do questionário de captar a intensidade da dor e sua caracterização. Assim, os instrumentos devem ser adequados à faixa etária, à capacidade cognitiva e aos aspectos culturais dos indivíduos avaliados (Chaves, 2009)³⁵.

4.6 Instrumentos para avaliação da dor:

Existem dois tipos diferentes de instrumentos para a avaliação da dor: unidimensional, os quais permitem a mensuração da dor considerando apenas uma dimensão, e multidimensional que permite a mensuração da dor considerando várias dimensões.

4.6.1. Escalas Unidimensionais:

Geralmente empregadas para mensurar a intensidade do dor e o conseqüente alívio após emprego de drogas analgésicas. Dentre elas destacamos:

- **escalas numéricas**, as quais utilizam-se de categorias numéricas;
- **escalas verbais**, utilizam-se de categorias adjetivais;
- **escalas analógicas-visuais**, nas quais há possibilidade de julgamento visuais numa dimensão tomada como padrão.

Nessas escalas ordinais, o número de categorias utilizadas varia de acordo com o problema a ser investigado. Nas escalas numéricas, esse número pode variar de 0 a 100 (até 101 pontos), sendo aquelas de zero a cinco (seis pontos), zero a dez (onze pontos) e zero a vinte (vinte e um pontos) as escalas mais utilizadas. Têm como importante vantagem serem familiares aos participantes, uma vez que todos os seres humanos são familiarizados com números desde sua infância. As escalas verbais, nas quais são utilizados adjetivos do tipo leve, moderada, forte, grave ou variantes desses termos, contém geralmente cinco a seis pontos, tendo essas também a vantagem de serem familiarizadas com os participantes e com um vocabulário comum, as quais expressam a dor qualitativamente. (Kremer et al, 1981³⁶; Linton & Gotestam, 1983³⁷; Chapmam et al, 1985³⁸; Faleiros Sousa, 1993³⁹; Jensen et al, 1994⁴⁰; Pimenta, 1994⁴¹; Pimenta, 1996⁴²).

4.6.2. Escalas Multidimensionais:

Instrumento da avaliação inicial da dor (*Inicial pain assessment inventory – IPAI*): (McCaffery,1999)⁴³ escala desenvolvida para obter informações a respeito das características da dor, a maneira como o paciente a expressa e os efeitos dela sobre o seu cotidiano. Além dessas características, o referido instrumento possui uma escala para indicação da intensidade e um diagrama para localização da dor. Contudo, não foram encontradas informações psicométricas de validade e fidedignidade.

Desenho da localização da dor (*Pain Drawing – PD*): O desenho da localização da dor nos fornece uma representação gráfica do local onde o paciente está sentindo dor e sua distribuição. Sousa e Silva (2005)⁴⁴ indicam que esse tipo de escala apresenta fidedignidade deficitária.

Escala de Avaliação da Dor Relembrada (*Memorial Pain Assessment Card – MPAC*): este instrumento tem como objetivo realizar uma avaliação breve da intensidade da dor, de seu alívio e do estresse psicológico gerado por ela. Esta escala é composta por oito descritores de dor e três escalas analógicas visuais, que têm como finalidade medir a intensidade da dor, o alívio e os sentimentos ligados à ela.

Fishman et al. (1987)⁴⁵ demonstraram por meio de análises de correlação e de regressão múltipla, que a MPAC pode diferenciar a intensidade da dor do seu alívio e do estresse psicológico geral, fornecendo assim uma avaliação multidimensional. Estes pesquisadores também consideram que a MPAC é válida e eficaz para o uso clínico.

No que concerne a validade concorrente, o MPAC tem sido correlacionado com o MPQ e com a Escala VAS, demonstrando correlações significativas (Ramer et al, 1999)⁴⁶.

Escala de Descritores Diferencial (*Descriptor Differential Scale – DDS*): este instrumento mede o componente sensorial e afetivo da experiência dolorosa. Ao sujeito é mostrado uma relação com 12 descritores da intensidade da dor, que dizem respeito a dimensão sensorial e outros 12 descritores que são relacionados ao desprazer causado pela dor (dimensão afetiva).

Gracely e colaboradores (apud Sousa e Silva, 2005)⁴⁴ consideram que a DDS satisfaz os critérios psicométricos de fidedignidade, objetividade e consistência escalar, além de gerar dados que denotam sua validade como uma medida da intensidade da dor clínica e experimental.

Inventário Multidimensional de Dor (*Multidimensional Pain Inventory – MPI*): este inventário compreende informações sobre as condições físicas, psicológicas, sociais e comportamentais de pacientes com dor crônica. Este instrumento é composto de três partes. A primeira consta de 28 itens que são distribuídos em cinco escalas numéricas de sete pontos: 1) registros da gravidade da dor; 2) percepção da extensão em que a dor interfere com o seu próprio estilo de vida; 3) controle de vida percebido; 4) agonia afetiva e 5) apreciação da quantidade de suporte recebido de pessoas íntimas.

A segunda parte do inventário consta de 14 itens distribuídos em três níveis de uma escala numérica de seis pontos que varia de "nunca" a "muito frequentemente"; 1) respostas de punição; 2) respostas de solicitação e, 3) respostas de distração.

A parte três diz respeito à frequência com que determinadas atividades cotidianas são desempenhadas pelos pacientes. É composta por 19 itens distribuídos em quatro escalas numéricas de seis pontos: 1) trabalhos caseiros; 2) trabalhos externos; 3) atividades fora de casa e 4) atividades sociais.

Foi realizada uma análise fatorial confirmatória aos itens da parte um e uma análise fatorial exploratória aos itens das partes dois e três. A análise fatorial confirmatória identificou uma importante relação com a estrutura da versão original americana. Isso significa que os resultados desta análise comprovam a possibilidade de utilização do MPI em diferentes culturas e em pesquisas interculturais (Sousa e Silva, 2005)⁴⁴.

Questionário de McGill (*McGill Pain Questionnaire* _ MPQ)

O MPQ é uma escala multidimensional que avalia a experiência dolorosa nas dimensões: sensorial, afetiva e avaliativa e é baseada em palavras que os pacientes selecionam para descrever sua dor.

O questionário de dor McGill (MPQ) foi elaborado em 1975 por Melzack, na Universidade McGill, em Montreal, Canadá, com o objetivo de fornecer medidas qualitativas de dor que possam ser analisadas estatisticamente. Esse é um dos questionários mais referenciados mundialmente e usados na prática clínica.

O MPQ avalia as qualidades sensoriais, afetivas, temporais e miscelânea da dor. Além disso, apresenta em seu escopo uma avaliação da distribuição espacial e da intensidade da dor (“sem dor” à “cruciante”). Há grande evidência da validade, confiabilidade e habilidade discriminativa do MPQ quando usado com adultos jovens. Porém sua confiabilidade na população idosa pode ser influenciada por fatores do envelhecimento.

Sousa e Silva (2005)⁴⁴ referem que a eficácia dessa escala tem sido demonstrada através da validade convergente, apresentando correlação significativa entre o Inventário Breve de Sintomas e o Inventário de Personalidade Multifásico de Minnesota

(MMPI) no que diz respeito à dimensão afetiva. Em relação à dimensão sensorial (intensidade da dor) do Questionário de McGill, há uma correlação evidente com os escores encontrados nas Escalas Analógicas Visuais. Esses autores ainda referem que alguns estudos encontraram que as três dimensões operam independentemente. Além disso, Melzack e Katz (1992)⁴⁷ referem que diversos tipos de coeficientes de fidedignidade e de validade foram avaliados.

Contudo, como mencionam Teixeira, Pimenta e Cruz (1999)⁴⁸ o Questionário de McGill apresenta algumas limitações, dentre elas a desproporção entre a quantidade de descritores nas três dimensões (sensitiva, afetiva e avaliativa) do questionário e incerteza de que exista ordem sutil de intensidade crescente dentro do mesmo agrupamento e a complexidade das palavras. Sousa e Silva também ressaltam que o MPQ fornece informações em nível ordinal em vez de intervalar. Além disso, há uma predominância de descritores sensitivos e o doente poderia ser induzido a escolher maior número de descritores sensitivos. Outra limitação do MPQ é que este não fornece dados quantitativos sobre a dor, e por outro lado, é um instrumento considerado válido para a mensuração da gravidade da dor.

A difícil compreensão em indivíduos de baixa escolaridade pode ser uma outra limitação importante deste instrumento. Apesar destas limitações, Pimenta e Teixeira (1996)⁴² ponderam que o auxílio do MPQ para que o paciente possa comunicar a sua dor é inquestionável e enfatizam a importância de estudos nacionais para validar a tradução deste instrumento para a língua portuguesa, de modo a ampliar o conhecimento sobre os aspectos que envolvem o fenômeno doloroso na realidade sociocultural brasileira.

O Questionário de McGill é dividido em quatro partes, compostas da seguinte forma:

1. Primeira parte do questionário: contém um esboço do corpo humano usado para fazer a localização espacial e em profundidade da dor referida pelo paciente.

2. Segunda parte do questionário: busca coletar informações sobre as propriedades temporais da dor (contínuas, ritmadas, momentâneas), as circunstâncias em que os sintomas dolorosos começaram a ser percebidos e as intervenções analgésicas que estão sendo ou que já foram usadas para minimizá-la.

3. Terceira parte do questionário: a mais original, procura ajudar o paciente a relatar as qualidades específicas de suas dores. Ela prevê um espaço para a queixa espontânea da dor, mas é formada, principalmente, por um conjunto de 78 palavras que descrevem diversas qualidades das experiências dolorosas em geral e que são escolhidas pelos pacientes para caracterizar as suas dores em particular.

4. Quarta parte do questionário: busca avaliar a Intensidade da Dor Presente. Trata-se de uma escala âncora alfa – numérica que varia de um a cinco, associada com as seguintes palavras: (1) fraca; (2) moderada; (3) forte; (4) violenta e (5) insuportável.

O questionário de McGill foi o instrumento escolhido nesta pesquisa para avaliar a dor, pois é reconhecido na literatura que este questionário é o melhor instrumento existente para se avaliar a dor sob o prisma multidimensional, a compreensão de que sua elaboração foi calcada no referencial teórico da fisiologia da dor (Melzack, 1994)⁴⁹, o que pressupõe alguma universalidade das qualidades algicas e, finalmente, os estudos confirmaram que indivíduos com diferentes antecedentes sócio culturais, mas com sintomas similares, tendem a escolher as mesmas palavras para descrever sua

experiência dolorosa. Estimularam a adaptação do questionário para diferentes línguas tais como: italiano, espanhol, francês, dinamarquês, alemão, português entre outros (Drewes,1993)⁵⁰.

5. Pressupostos

- Apesar da cirurgia cesariana ser considerada um trauma cirúrgico e as pacientes receberem analgesia considerada suficiente pelo médico que a prescreve, as pacientes ainda têm uma percepção importante da dor no pós-operatório e uma limitação das atividades básicas do cotidiano, como sentar e caminhar.

6. Material e Método

- **Desenho do estudo:** estudo transversal de caráter exploratório, com avaliação do relato da percepção de dor pela puérpera.
- **Campo de Pesquisa:** a coleta de dados foi realizada no Instituto Fernandes Figueira, uma Unidade Técnico-Científica da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), situado na zona sul da cidade do Rio de Janeiro. Hospital reconhecido nacional e internacionalmente, como centro de excelência em pesquisa, ensino, assistência e desenvolvimento tecnológico nas áreas da saúde da mulher, da criança e do adolescente.
- **Sujeitos da pesquisa:** puérperas que foram submetidas a cirurgia de cesariana neste hospital. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: puérperas de cesariana, brasileiras, alfabetizadas, que falavam e entendiam a língua portuguesa. Foram excluídas as pacientes que apresentaram complicações clínicas ou obstétricas no pós-operatório, pacientes submetidas à esterilização cirúrgica, usuárias de drogas ilícitas e tratamento psiquiátrico anterior.

A amostra utilizada foi uma amostra de conveniência de 120 pacientes nos mesmos moldes dos trabalhos que foram realizados por outros autores (Sousa et al, 2009⁵¹ ; Mega, 2009⁵²)

O estudo foi realizado no período de dezembro de 2010 a Maio de 2011. A coleta de dados foi realizada no segundo dia após a cirurgia de cesariana, quanto já ocorreu a metabolização das drogas anestésicas usadas na anestesia e é um período também onde há um aumento da movimentação da mãe com o intuito de cuidar do recém-nascido e dela própria, provavelmente aumentando assim a dor (Melo de Paula, 2006)⁵³.

A aplicação da escala multidimensional de avaliação da dor foi realizada entre trinta e seis e quarenta e oito horas após a cesariana, antes da alta hospitalar da paciente, para que não ocorresse viés de memória.

Para avaliar as características subjetivas e a intensidade da dor da parturição utilizamos o modelo completo do questionário de avaliação da dor McGill (MPQ-Br), traduzido e adaptado culturalmente para a população brasileira com elevada consistência interna e coeficientes de confiabilidade entre 0,87 e 0,91 (Santos et al, 2006⁵⁴; Sousa et al, 2009⁵¹; Teixeira e Pimenta, 1996⁴²).

▪ **Instrumentos para a coleta de dados:**

Os seguintes instrumentos foram utilizados para a coleta de dados durante a pesquisa: formulário de dados constando de variáveis sobre o perfil das puérperas, antecedentes e procedimentos obstétricos, escala de categoria numérica (NRS) representada por uma reta de cinco centímetros, onde zero significa "nenhuma dor" e cinco denota a "pior dor imaginável"; versão Brasileira do questionário McGill de dor – Br-MPQ, validado. Este é composto por um conjunto de 78 descritores divididos em quatro categorias principais e 20 subclasses, que referem ao aspecto sensorial - discriminativa, composto de 10 subclasses e 34 palavras; afetivo - motivacionais, de cinco subclasses e 17 palavras; avaliação subjetiva - cognitiva, de um subgrupo e cinco palavras e categoria mista, composta de quatro subclasses e 12 descritores. Cada subclasse é formada de dois a seis descritores. Durante a aplicação dos descritores do Br-MPQ foi solicitado a puérpera que escolhesse ou não um descritor que melhor representasse sua dor.

Instrumentos para coleta de dados:

Os dados antropométricos e sóciodemográficos foram coletados em fichas individuais avaliando o cartão de pré-natal, prontuário da paciente e perguntas realizadas para a própria paciente no momento da entrevista.

A ficha de avaliação utilizada neste estudo encontra-se disponível no apêndice 1, dividida em partes que contemplam características da puérperas conforme medidas antropométricas e sociodemográficas, seguindo o padrão utilizado na descrição pela PNDS-2006 (Ministério da Saúde, 2008)⁵⁶. Nela conta antecedentes clínicos e obstétricos da paciente, informação sobre a gestação atual, sobre a indicação de cesariana, práticas obstétricas realizadas, e ficha para aplicação da versão brasileira do modelo completo do questionário da dor McGill (MPQ-Br) e avaliação das dificuldades da população de estudo com os descritores apresentados neste instrumento.

Os questionários foram pré-testados em um grupo pequeno de pacientes, para verificarmos a compreensão do questionário e a receptividade pela pacientes, levando em conta o perfil das pacientes que procuram o Instituto Fernandes Figueira.

VARIÁVEIS DE ESTUDO:

As características da população de estudo foram avaliadas por meio de variáveis correspondentes aos seus aspectos sociais, demográficos, clínicos e obstétricos. Também foram definidas variáveis para as informações sobre a gestação atual, cesariana e para os aspectos abordados pelo questionário da dor McGill.

- Aspectos sociais e demográficos:

Idade: expressa em anos completos na data da entrevista

Raça/Cor: classificamos como branca, preta, parda (morena / mulata), amarela e indígena.

Escolaridade: Anos completos de estudo, considerando a última série que a paciente estudou com aprovação.

Estado civil: solteiro, casado ou união estável, separado e viúva.

Naturalidade: estado no qual a paciente nasceu.

Renda familiar: em salário mínimo nacional registrada de acordo com a classificação: menos de três salários, de três a cinco ou mais do que seis salários mínimos.

- Aspectos clínicos e obstétricos:

História obstétrica: número de gestações anteriores (primípara ou multíparas) , número de abortos anteriores, tipo de parto anteriores, motivo para a indicação de cesariana (avaliado pelo prontuário).

História anestésica: Anestésias / analgesias anteriores, anestesia para cesarianas anteriores.

- Aspectos da cesariana:

Vômitos: verificar se a paciente apresentou algum episódio de vômito no pós-operatório, e se apresentou enumerar quantos episódios.

Classificação da cirurgia: eletiva ou se a paciente estava em trabalho de parto no momento da indicação da cesariana.

Indicação da cesariana: motivo pelo qual a cesariana foi indicada.

Período pós-operatório: expresso em horas, contada após o término da cesariana.

Anestesia realizada para a cesariana: técnica anestésica, droga utilizada e dose utilizada.

Analgesia utilizada regularmente na prescrição: medicações analgésicas e antiinflamatórias utilizadas de forma regular pela paciente, dados da prescrição médica, via da administração das medicações. Serão anotadas também medicações realizadas em caráter de urgência (SOS).

Satisfação da paciente com a analgesia oferecida no pós-operatório: muito satisfeita, satisfeita, insatisfeita ou muito insatisfeita.

Situação do recém-nascido: Local de internação do RN no momento da entrevista: alojamento conjunto, berçário ou UTI e morte fetal.

- Aplicação do questionário de McGill (adaptado e validado para a língua portuguesa):

O questionário de McGill consiste em 78 palavras que caracterizam ou representam a dor sentida pelo paciente, sendo numeradas de acordo com sua intensidade e sua somatória representa o Índice de Dor. Estas palavras são agrupadas em 20 grupos, que representam o número de Descritores. As palavras estão dispostas dentro dos Descritores de forma crescente de intensidade e recebem um valor correspondente à sua intensidade.

Os Descritores de um a dez representam características sensoriais da dor. São respostas sensitivas à experiência dolorosa (tração, calor, torção, entre outros). Os descritores de número 11 a 15 representam características afetivas. São respostas de caráter afetivo (medo, punição, respostas neurovegetativas, etc). O Descritor 16 representa avaliativa (avaliação da experiência global) e os 17 a 20 representam miscelânea.

A partir de Questionário de McGill, obtemos duas medidas: número de Descritores e Índice de Dor. O número de Descritores correspondentes ao grupo de palavras que a paciente escolheu para explicar a dor.

O maior valor possível é 20, pois a paciente pode escolher no máximo uma palavra de cada grupo. O Índice de classificação total da dor (PRI total) é obtido através da somatória dos valores de intensidade das palavras escolhidas. O valor máximo é 78. Os índices de classificação também podem ser fragmentados em: sensitivo, afetivo, avaliativo e miscelânea (Melzack, 1987)⁵⁷.

O índice de classificação sensorial da dor (PRI sensitivo) abrange a soma dos valores dos descritores do grupo um até o grupo dez e pode chegar ao máximo de 42 pontos.

O índice de classificação afetivo da dor (PRI afetivo) vai do grupo 11 até o 15 e seu valor máximo é de 14 pontos.

O índice de classificação subjetivo da dor (PRI avaliativo) corresponde ao grupo 16 e seu escore máximo é de cinco pontos.

A classe miscelânea (PRI misto) vai do grupo 17 ao 20 e pode somar até 17 pontos.

A intensidade da dor presente (PPI), será avaliada através de uma escala numérica verbal (figura 1), onde o zero corresponde a nenhuma dor e dez corresponde a pior dor.

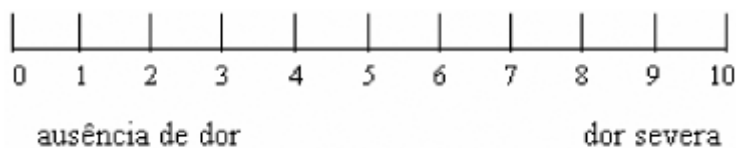


Figura 3 - Escala linear analógica não visual

Fonte: SCHECHTER (1990)

Para a avaliação da aplicabilidade deste instrumento na população de estudo, foi cronometrado o tempo (em minutos) necessário para o preenchimento do modelo completo do questionário da dor McGill e foram anotadas todas as dificuldades observadas durante a sua aplicação. Também anotamos as dificuldades relatadas pelas entrevistadas quanto aos descritores e perguntamos a opinião destas mulheres para saber se as palavras apresentadas foram capazes de ajudá-las a descrever a dor experimentada após o parto (sim/não) e se este questionário foi muito fácil, fácil, difícil ou muito difícil de ser compreendido.

7. Análise de dados

As fichas de avaliação foram preenchidas pela pesquisadora e armazenadas durante o período da pesquisa. As informações coletadas foram passadas para um banco de dados para análise e será utilizado o programa Epi Info 3.5.1 (Centers of Diseases Control, 2008) ⁵⁹.

Para a caracterização da amostra, foi realizada à análise descritiva da distribuição das variáveis numéricas por meio de cálculos de média e desvio padrão. As variáveis categóricas foram descritas conforme a frequência absoluta e percentual.

Para analisar a associação de diferentes variáveis com o índice de dor, foram utilizados testes estatísticos do Qui-quadrado (χ^2) e exato de Fisher (quando necessário). As diferenças entre as médias de dois ou mais grupos foram avaliadas pelo teste *t* de Student e análise de variância (ANOVA). O teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis foi utilizado quando o resultado da ANOVA não for considerado válido.

As variáveis derivadas da aplicação do MPQ-Br foram analisadas quanto à presença de associação destas com os aspectos sociais, demográficos, clínicos e obstétricos.

8. Questões éticas

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira/ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e foi conduzido de acordo com as especificações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Não houve nenhum apoio financeiro e/ou patrocínio a esta pesquisa e, portanto, não houve conflito de interesses.

Todas as participantes da pesquisa foram informadas do objetivo da pesquisa e foram convidadas a participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apendice 2). Pacientes menores de 21 anos de idade no momento da pesquisa, tiveram o Termo de Consentimento assinado pelo seus pais ou responsável.

As entrevistas foram realizadas no alojamento conjunto, respeitando a privacidade de cada paciente. Garantimos a confidencialidade das informações e o anonimato das pacientes.

9. RESULTADOS

No período de Dezembro de 2010 a Maio de 2011, foram realizadas 124 cesarianas em mulheres elegíveis para o estudo. Deste total quatro mulheres foram excluídas, uma porque se recusou a participar da entrevista, outra por apresentar complicações cirúrgicas no pós-operatório e duas entrevistas que foram perdidas por problemas na digitação do instrumento.

9.1 Características sócio-demográficas:

A idade média das 120 puerperas entrevistadas foi de 25 anos sendo que 30 (25%) eram adolescentes e 15 (12,4%) foram classificadas como idade materna avançada (35 anos ou mais). A grande maioria (75%) era moradora do Município do Rio de Janeiro e 30 pacientes (25%) moravam em outros municípios. A avaliação do grau de escolaridade das puerperas mostrou que 70 (58,3%) tinham até 8 anos de estudo, 45 (37,5%) entre 9 e 11 anos de estudo (ensino médio) e 5 (4,2%) mulheres não sabiam informar seu nível de escolaridade.

A renda familiar informada pelas entrevistadas foi menor que 3 salários mínimos para 103 mulheres (85,8%), variava entre 3 a 6 salários mínimos para 13 (10,8%), apenas 2 (1,7%) tinham renda maior que 6 salários mínimos e outras 2 (1,6%) não souberam informar a renda familiar.

Quanto à situação conjugal das entrevistadas, 32 mulheres (26,7%) informaram que viviam sem os companheiros e 88 pacientes (73,3%) afirmaram que viviam com o companheiro.

Em relação a raça, 12,5% (15 mulheres) das entrevistadas, se consideravam como de raça branca, 1,7% (2 mulheres) preta e 85,8% (103 mulheres) parda. Não

houve discordância entre a cor auto-referida pelas pacientes e a observada pela entrevistadora.

Apenas 45 (37,5%) mulheres afirmaram ter trabalho remunerado sendo que dessas, 31 (25,8%) atuavam no comércio, e 12 (10%) referiam ser empregada doméstica. Das restantes, 41 (34,2%) referiam ser do lar e 34 (28,3%) estudantes.

A tabela 1 apresenta os dados sociodemográficos das mulheres que participaram do estudo.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos das mulheres entrevistadas.

	N	%	IC %
Idade			
Até 19 anos	30	25%	17,5-33,7%
20 a 34 anos	75	62,6%	53,2-71,2%
35 ou + anos	15	12,4%	7,2-19,8%
Total	120	100%	
Município de residência			
Rio de Janeiro	90	75%	66,3-82,5%
Outros municípios	30	25%	17,5-33,7%
Total	120	100%	
Escolaridade			
Até 8 anos	70	58,3%	49-67,3%
9 a 11 anos	45	37,5%	28,8-46,8%
12 ou +	0	0%	-
Total	115	95,8%	
Situação conjugal			
União estável	88	73,3%	64,5-81%
Separada	32	26,7%	17,5-33,7%
Total	120	100%	
Raça			
branca	15	12,5%	7,2-19,8%
Preta ou parda	105	87,5%	78,3-91,5%
Total	120	100%	
Profissão			
Do lar	41	34,2%	25,8-43,3%
estudante	34	28,3%	20,5-37,3%
Comerciárias	31	25,8%	18,3-34,6%
Empregadas domésticas	12	10%	5,3-16,8%
Outras	2	1,7%	0,2-5,9%
Total	120	100%	

9.2 Antecedentes obstétricos, cesariana atual e situação do RN:

Quanto aos antecedentes obstétrico das mulheres entrevistadas verificamos que do total de entrevistadas, 48 (40%) eram primigestas, 32 (26,7%) tinha até 2 gestações anteriores e 40 (33,3%) tinha 3 ou mais gestações anteriores.

Em relação ao número de partos, 56 (46,7%) eram primíparas, 35 (29,2%) secundíparas, 29 (24,1%) tinha 3 ou mais partos anteriores. Em relação a abortamentos prévios, 21 (17,4%) tinham este antecedente na sua história obstétrica.

A história de cesariana anterior excluindo a cirurgia índice para o estudo foi relatada por 34 (28,3%) puérperas, sendo que 22 (18,3%) tinham uma cesariana anterior e 12 (10%) tinha duas ou mais cesarianas anteriores.

Quanto à indicação médica para a realização da cirurgia, verificamos que 35 cirurgias (29,2%) foram indicadas por má formação fetal (MFF), 22 (18,3%) realizadas por desproporção céfalo-pélvica (DCP), 16 (13,3%) por Doença Hipertensiva específica da Gravidez (DHEG), 10 (8,3%) por sofrimento fetal, 10 (8,3%) tiveram por indicação a iteratividade, 7 (5,8%) por doença hemolítica perinatal e 6 (5,0%) por gemelaridade. As demais indicações cirúrgicas incluíram: HPV genital, placenta prévia total, útero bicorno, útero didelfo, entre outras.

Quanto ao local de internação dos recém-nascidos no momento da entrevista, 77 (64,2%) se encontravam no alojamento conjunto e 41(34,2%) internados no berçário ou UTI neonatal. Um feto (0,8%) foi natimorto e um RN teve óbito neonatal precoce. A tabela 2 apresenta os dados relativos aos antecedentes obstétricos, indicação da cesariana índice do estudo e situação do recém-nascido.

Tabela 2 – Antecedentes obstétricos, indicação da cesariana índice do estudo e situação do recém-nascido.

	n	%	IC 95%
Gestações anteriores			
Primigesta	48	40%	37,4-59,1
Secundigesta	32	26,7%	22,8-42,6
Tercigesta ou +	40	33,3%	18,4-37,2
Total	120	100%	
Partos anteriores			
Primipara	56	46,7%	43,0-65,1
Secundipara	35	29,2%	25,4-45,8
Tercipara ou +	29	24,1%	15,1-32,8
Total	120	100%	
Cesarianas anteriores			
1 (cesárea índice)	86	71,7%	74,1-94,5
2 cesarianas	22	18,3%	14,2-31,6
3 ou +	12	10%	4,2-16,5
Total	120	100%	
Indicação da cesariana índice			
MFF	35	29,2%	21,2-38,2
DCP	22	18,3%	11,9-26,4
DHEG	16	13,3%	7,8-20,7
SF	10	8,3%	4,1-14,8
Iteratividade	10	8,3%	4,1-14,8
DHPN	7	5,8%	2,4-11,6
Gemelaridade	6	5,0%	1,9-10,6
Outras	14	11,7%	6,5-18,8
Total	120	100%	
Local de internação do Recém-nascido			
Alojamento conjunto	77	64,2%	54,9 - 72,7%
UI /UTI neonatal	41	34,2%	25,8 – 43,4%
Obito	2	1,7%	0,2 – 5,9%
Total	120	100%	

9.3 Características da anestesia utilizada para a cesariana índice e evolução clínica no pós-operatório imediato:

A análise das variáveis relacionadas à realização da cesariana índice revelou que em 78 das entrevistadas (65%) as cesarianas foram realizadas de forma eletiva e em 42 mulheres (35%) a cirurgia foi realizada após o início do trabalho de parto.

Dentre as 42 (35%) mulheres entrevistadas que tiveram a indicação da cesariana durante o trabalho de parto somente 5 (11,9%) já estavam em uso de analgesia quando a cirurgia foi indicada.

Para a realização do procedimento cirúrgico, 118 (98,3%) mulheres receberam anestesia subaracnóidea e 2 (1,7%) receberam como anestesia a peridural contínua. Em nenhuma paciente foi realizada anestesia geral para a realização da cesariana.

A medicação utilizada na anestesia subaracnóidea foi marcaína hiperbárica na dose variando entre 10 a 15mg, sendo que 14 mulheres (11,7%) receberam 10mg, 37 (30,8%) receberam 11mg, 51 (42,5%) receberam 12mg, 4 (3,3%) receberam 13mg, 12 (10%) receberam 15mg e na ficha de 2 pacientes a dose não estava especificada.

Apenas uma mulher (0,8%) não teve o bloqueio subaracnóide associado a opióide. Os opióides utilizados de forma associada à anestesia foram a morfina em 95 (79,2%) e o fentanil em 24 (20%) mulheres. A dose de Morfina empregada variou de 50mcg (0,8%) a 120mcg (3,2%). As doses intermediárias de morfina foram de 60mcg (17,5%), 80mcg (30,8%) e 100mcg(26,7%). Das pacientes que receberam como opióide o fentanil, 66,7% receberam a dose de 15mcg e as demais dose de 10mcg (8,3%) e 20mcg (25%).

A prescrição de medicação regular para analgesia no pós-operatório variou segundo a rotina do profissional de saúde que realizou a cirurgia e 16 mulheres (13,3%)

receberam somente tenoxicam, 36 (30%) receberam somente dipirona enquanto que 64 (53,3%) receberam associação entre dipirona e tenoxicam. Para 4 mulheres(3,2%) só foi prescrita medicação analgésica no pós-operatório apenas por solicitação da mesma (SOS). A solicitação de medicação de urgência, fora de prescrição, para analgesia no pós-operatório só ocorreu em duas pacientes (1,6%). Nessas duas situações foram utilizadas o tenoxicam e o tramadol. Sendo que nos dois casos apenas uma dose de urgência em cada foi utilizada. A tabela 3 descreve a característica da indicação da cesariana índice, dos procedimentos anestésicos e da prescrição de analgésicos no pós-operatório.

Tabela 3 – Características da indicação da cesariana índice e dos procedimentos anestésicos.

	N	%	IC 95%
Momento da realização			
Durante o TP	42	35%	26,5-44,2%
Eletiva	78	65%	55,8-73,5%
Total	120	100%	
Tipo de anestesia			
raquidiana	118	98,3%	94,1-99,8%
peridural	2	1,7%	0,2-5,9%
total	120	100%	
Uso de opioide			
morfina	95	79,2%	70,8-86,0%
fentanil	24	20%	13,3-28,3%
total	119*	99,2%	
Analgésicos			
Dipirona	36	30%	22-39%
Tenoxicam	16	13,3%	7,8-20,7%
Dipirona + Tenoxicam	64	53,3%	44-62,5%
Nenhuma	4	3,4%	0,9-8,3%
Total	120	100%	

*Uma mulher não teve seu bloqueio anestésico associado a opióide

Em relação ao pós-operatório imediato 5 mulheres (4,2%) referiram ter apresentado vômitos, sendo que dessas 2 apresentaram 2 episódios, 2 apresentaram 3 episódios e somente 1 apresentou 4 ou mais episódios.

9.4 Satisfação das mulheres com medicação analgésica e dificuldades na realização de tarefas:

Quanto à satisfação das entrevistadas com a medicação analgésica prescrita para aliviar a dor, 23 (19,2%) muito satisfeitas, 84 mulheres (70%) referiram estar satisfeitas, 12 (10%) insatisfeitas e uma mulher (0,8%) muito insatisfeita com a medicação prescrita pelo médico para uso no pós-operatório.

Quando avaliamos a percepção das mulheres sobre as dificuldades na execução das tarefas cotidianas na enfermaria de alojamento conjunto provocadas pela sensação dolorosa decorrente da cirurgia encontramos que em relação às dificuldades para amamentar, do total de mulheres que amamentaram, 21 (26,6%) não apresentou qualquer dificuldade, 37 (46,8%) referiu um pouco de dificuldade, 12 (15,2%) bastante dificuldade, 9 (11,4%) muita dificuldade para amamentar, e 41 (34,2%) referiram que não haviam amamentado até o momento da entrevista.

Em relação à dificuldade para dormir, 45 (37,5%) não apresentaram dificuldade, 45 (37,5%) um pouco de dificuldade, 12 (10%) bastante dificuldade e 18 (15%) muita dificuldade para dormir.

Quando questionadas se apresentaram dificuldade para cuidar da higiene pessoal no pós-operatório, 33 (27,5%) mulheres responderam que não apresentaram dificuldade, 51 (42,5%) que apresentaram um pouco de dificuldade, 32 (26,7%) que apresentaram

bastante dificuldade e 4 (3,3%) que apresentaram muita dificuldade para cuidar da higiene pessoal.

Em relação à dificuldade para se alimentar por causa da dor, 78 (65%) das entrevistadas responderam que não apresentaram dificuldade, 26 (21,7%) um pouco de dificuldade e 14 (11,7%) bastante e 2 (1,7%) muita dificuldade para se alimentar.

Sobre a dificuldade para se movimentar por causa da dor no pós-operatório, 8 (6,7%) responderam que não tiveram quaisquer dificuldades, 56 (46,7%) responderam que tiveram um pouco de dificuldade, 40 (33,3%) tiveram bastante dificuldade e 16 (13,3%) relataram muita dificuldade para se movimentar no pós-operatório.

Para a realização das tarefas relacionadas com o cuidado com o bebê, 13 (10,8%) informaram que não apresentaram dificuldade para cuidar do bebê, 38 (31,7%) apresentaram um pouco de dificuldade, 29 (24,2%) bastante dificuldade, 1 (0,8%) muita dificuldade e 38 (31,7%) não cuidaram do bebê. A tabela 4 apresenta os graus de dificuldade relacionados com a presença de dor nas atividades cotidianas da mulher no alojamento conjunto.

Tabela 4 – Graus de dificuldade relacionados com a presença de dor nas atividades cotidianas da mulher no alojamento conjunto.

	n	%	IC
Dificuldade de amamentar			
Nenhuma	21	26,6%	17,3 – 37,7%
Pouca	37	46,8%	35,5 – 58,4%
Bastante	12	15,2%	8,1 – 25%
Muita	9	11,4%	5,3 – 20,5%
Total	79*	100%	
Dificuldade para dormir			
Nenhuma	45	37,5%	28,8-46,8%
Pouca	45	37,5%	28,8-46,8%
Bastante	12	10%	5,3-16,8%
Muita	18	15%	8,5-21,7%
Total	120	99,2%	
Higiene pessoal			
Nenhuma	33	27,5%	19,7-36,4%
Pouca	51	42,5%	33,5-51,9%
Bastante	32	26,7%	19-35,5%
Muita	4	3,3%	0,9-8,3%
Total	120	100%	
Dificuldade alimentação			
Nenhuma	78	65%	55,8-73,5%
Pouca	26	21,7%	14,7-30,1%
Bastante	14	11,6%	6,5-18,8%
Muita	2	1,7%	
Total	120	100%	
Dificuldade de movimentação			
Nenhuma	8	6,7%	2,9-12,7%
Pouca	56	46,7%	37,5-56%
Bastante	40	33,3%	25-42,5%
Muita	16	13,3%	7,8-20,7%
Total	120	100%	
Dificuldade cuidados com o recém-nascido			
Nenhuma	13	10,8%	5,9-17,8%
Pouca	38	31,7%	23,5-40,8%
Bastante	29	24,2%	16,8-32,8%
Muita	1	0,8%	0-4,6%
Não cuidou do RN	38	31,7%	23,5-40,8%
Total	119**	99,2%	

* 41 mulheres não amamentaram / ** 1 Natimorto

9.5 Avaliação do dor no pós-operatório de cesariana:

Em relação ao tempo de utilização da medicação analgésica antes do momento da entrevista, 27(22,5%) mulheres haviam recebido medicação uma hora antes da entrevista, 20 (16,7%) recebido medicação 2 horas antes da entrevista, 27 (22,5%) receberam medicação 3 horas antes da entrevista e 44 (36,7%) receberam medicação analgésica há 4 horas ou mais antes da entrevista.

Quando questionadas sobre a intensidade da dor que sentiram no pós-operatório de cesariana, 74 (61,6%) entrevistadas responderam que a dor foi maior do que esperada e 46 (39,4%) responderam que a dor foi menor o que esperada por elas.

Em relação ao tipo de parto que a mulher preferiria ter tido nessa gravidez, 49 (40,8%) responderam que prefeririam ter tido um parto normal, 51 (42,5%) parto cesárea e 20 (16,7%) responderam que era indiferente o tipo de parto.

Perguntamos também as pacientes, se quando não há complicações, que tipo de parto elas acham mais seguro para elas, 61 pacientes (50,8%) responderam parto normal, 47 pacientes (39,2%) responderam cesariana e 12 pacientes (10%) responderam tanto fazia a via de parto. Quando fizemos a mesma pergunta relacionada à segurança do recém-nascido, se quando não há complicações, que tipo de parto achava mais seguro para o bebe, 54 pacientes (45%) responderam cesariana, 55 pacientes (45,8%) responderam parto normal e 11 pacientes (9,2%) responderam que tanto fazia o tipo de parto.

Quanto à dor sentida pelas mulheres, perguntamos que procedimento elas consideravam mais doloroso, 57 pacientes (47,5%) responderam cesariana, 45 pacientes (37,5%) responderam parto normal, e 18 pacientes (15%) responderam que tanto fazia a via do parto em relação a dor.

9.6 Qualidades da dor pós-operatório:

As qualidades da dor no pós-operatório de cesariana foram expressas pela quantidade de descritores escolhidos para caracterizar a dor da paciente e pela média e desvio-padrão do índice de classificação da dor (PRI).

Como dito anteriormente, o questionário de McGill (MPQ-Br) é constituído por 78 descritores divididos em quatro grupos: sensitivo-discriminativo, afetivo-motivacional, cognitivo-avaliativo e miscelânea. Estes descritores estão distribuídos em 20 subgrupos e cada subgrupo é composto por descritores que variam de dois a seis por grupo, representados em uma escala crescente de intensidade.

Nesse estudo, a média de descritores escolhidos pelas puerperas entrevistadas foi de 19,05 e variou entre 2 a 20 descritores. A tabela 5 apresenta a quantidade de descritores escolhidos pelas mulheres para caracterizar a dor no pós-operatório de cesariana.

Tabela 5: Quantidade de descritores escolhida para caracterizar a dor no pós-operatório.

Número de descritores	n	(%)
2	1	0,8%
12	1	0,8%
14	1	0,8%
15	1	0,8%
16	1	0,8%
17	8	6,7%
18	11	9,2%
19	27	22,5%
20	69	57,5%
Total n (%)	120	100%

Os descritores mais utilizados pelas mulheres entrevistadas em cada um dos grupos esta apresentado na tabela 6.

Tabela 6: Frequência dos descritores de qualidade da dor no pós-operatório conforme as dimensões do questionário McGill.

Índice de dor (PRI)	Frequência	Percentual (%)
PRI Sensitivo		
Pontada	84	70%
Fina	75	62,5%
Latejante	73	60,8%
Sensível	65	54,2%
Colica	58	48,3%
Fisgada	58	48,3%
Calor	54	45%
Dolorido	54	45%
Agulhada	50	41,7%
PRI Afetivo		
Enjoada	85	70,8%
Miseravel	73	60,8%
Amedrontada	64	53,3%
cansativa	61	50,8%
Exaustiva	57	47,5%
Castigante	43	35,8%
Enlouquecedora	38	31,7%
PRI Avaliativo		
Chata	47	39,2%
PRI Misto		
Fria	70	58,3%
Da náuseas	58	48,3%

Houve presença de significância estatística entre o PRI avaliativo e misto e o nível de instrução das entrevistadas. As mulheres com maior nível educacional tiveram uma maior avaliação da dor no grupo avaliativo enquanto que aquelas com menor nível de instrução tiveram maior avaliação de dor no grupo misto. Também verificamos significância estatística entre a situação conjugal e o PRI do grupo afetivo, pacientes casadas ou que vivem com o companheiro referiram menor percepção de dor no grupo dos descritores afetivos do que as pacientes solteiras. Não foi observada significância estatística entre a idade, raça e renda familiar das entrevistadas e o PRI total e nos seus diferentes grupos.

A tabela 7 apresenta a distribuição da média e desvio padrão dos valores do índice de classificação da dor de acordo com os aspectos sóciodemográficos.

Tabela 7: Média dos índices de classificação da dor conforme as características sociodemográficas.

Características	PRI Sensitivo (Max 42 pts) ¹	PRI Afetivo (Max 14 pts) ¹	PRI Avaliativo (Max 5 pts) ¹	PRI Misto (Max 17 pts) ¹	PRI Total (Max 78 pts) ¹
Idade					
Até 19 anos	21,3 ± 3,4	7,7 ± 2,3	2,1 ± 1,1	7,7 ± 3,0	39,1 ± 7,3
20 a 34 anos	21,8 ± 4,7	7,3 ± 2,2	1,9 ± 1,1	7,2 ± 2,2	38,1 ± 7,7
≥ 35 anos	21,9 ± 4,5	7,8 ± 1,5	2,6 ± 1,1	8,0 ± 1,7	40,3 ± 6,0
Raça/Cor					
Branca	22,9 ± 10,1	7,6 ± 2,5	2,2 ± 1,1	6,2 ± 1,9	39,8 ± 10,1
Não branca	21,5 ± 4,4	7,4 ± 2,1	2,0 ± 1,1	7,6 ± 2,4	38,5 ± 7,0
Escolaridade					
Fundamental	21,1 ± 3,4	7,8 ± 2,2	1,8 ± 1,1*	7,7 ± 2,5*	38,4 ± 6,5
Médio	22,2 ± 5,3	6,7 ± 2,2	2,4 ± 1,2*	7,0 ± 2,2*	38,6 ± 8,8
Renda familiar					
Até 3 salários	21,7 ± 4,4	7,5 ± 2,1	2,1 ± 1,2	7,6 ± 2,4	38,9 ± 7,5
4 a 5 salários	21,7 ± 4,1	6,8 ± 2,4	2,0 ± 0,8	6,4 ± 1,8	36,9 ± 6,6
Situação Conjugal					
Solteira	21,9 ± 3,4	8,5 ± 2,2*	1,9 ± 1,1	7,8 ± 3,3	40,2 ± 7,4
Unida	21,6 ± 4,6	7,0 ± 2,1*	2,1 ± 1,2	7,3 ± 1,9	38,1 ± 7,4

¹Referente ao valor máximo de pontos que pode ser obtido nesta dimensão do MPQ.

* p= ou <0,05

As pacientes que foram submetidas à cesariana eletiva referiram menos dor no grupo de descritores da dimensão avaliativa, quando comparadas as pacientes que tiveram a cesariana indicada quando estavam em trabalho de parto.

A distribuição da média e desvio padrão dos valores do índice de classificação da dor de acordo com a opinião da entrevistada segundo a preferência da via do parto mostrou, que as pacientes que preferiam parto normal, referiram uma menor percepção da dor no PRI avaliativo quando comparada as pacientes que tinha preferência pela cesariana.

Em relação ao local de internação do RN no momento da entrevista, houve uma significância estatística no PRI misto. As mães com os RN no alojamento conjunto

referiram menor percepção de dor no grupo misto quando comparadas as mães com os RN internados na UTI.

Em relação à quantidade de dor e a utilização da escala analógica visual as mulheres que referiram maior dor, pontuaram mais nos diferentes grupos de PRI.

Não foi observada significância estatística entre o número de cesarianas prévias e os índices de dor.

Foi analisada a relação entre o valor do PPI no momento de pior intensidade da dor e as médias dos índices de classificação da dor. Houve significância estatística entre o PPI numérico e as médias de escore do PRI em seu valor total e nos grupos sensitivo, afetivo, avaliativo e misto.

A tabela 8 apresenta a distribuição da média e desvio padrão dos valores atribuídos aos descritores escolhidos para relatar a experiência dolorosa de acordo com o aspecto da assistência ao parto, o desfecho do RN e a avaliação da experiência de dor pela paciente.

Tabela 8: Média dos índices da dor conforme as características obstétricas e situação do RN

Características	PRI Sensitivo (Max 42 pts) ¹	PRI Afetivo (Max 14 pts) ¹	PRI Avaliativo (Max 5 pts) ¹	PRI Misto (Max 17 pts) ¹	PRI Total (Max 78 pts) ¹
Cesariana					
Eletiva	21,2 ± 4,3	7,5 ± 2,1	1,9 ± 1,2*	7,5 ± 2,6	38,1 ± 7,3
T. de Parto	22,6 ± 4,3	7,3 ± 2,2	2,3 ± 1,0*	7,4 ± 1,9	39,7 ± 7,5
Preferência parto					
Normal	22,0 ± 4,7	7,3 ± 2,5	2,1 ± 0,9*	7,0 ± 2,1	38,7 ± 7,7
Cesariana	21,6 ± 4,4	7,7 ± 1,7	2,3 ± 1,3*	7,6 ± 2,2	39,3 ± 7,0
Tanto faz	20,9 ± 3,0	6,9 ± 2,2	1,2 ± 0,4*	8,2 ± 3,4	36,9 ± 7,8
Quantidade dor					
Maior	23 ± 4,5*	7,8 ± 2,0*	2,3 ± 1,1*	7,8 ± 1,9*	41 ± 6,8*
Menor	19,6 ± 3,0*	6,8 ± 2,3*	1,7 ± 1,1*	6,9 ± 2,9*	35 ± 6,9*
Escala numérica de dor					
0 e 1	-	-	-	-	-
2	17,9 ± 2,9*	5,4 ± 2,0*	1,1 ± 0,6*	6,0 ± 2,3*	30,4 ± 5,2*
3	21,5 ± 4,8*	6,3 ± 1,6*	1,8 ± 0,9*	6,5 ± 1,7*	36,1 ± 6,7*
4	22,3 ± 4,4*	8,0 ± 2,2*	2,6 ± 1,1*	7,8 ± 2,2*	41,1 ± 6,9*
5	21,9 ± 4,0*	8,3 ± 1,9*	1,8 ± 1,1*	8,3 ± 2,8*	40,2 ± 7,2*
Cesariana					
Primipara	22,0 ± 4,7	7,5 ± 2,2	2,1 ± 1,1	7,3 ± 2,5	38,9 ± 7,9
Secundipara	20,5 ± 3,1	6,8 ± 2,1	1,9 ± 1,3	7,6 ± 2,2	36,8 ± 6,8
3 ou mais	21,4 ± 2,8	8,5 ± 1,6	2,2 ± 1,3	8,2 ± 1,3	40,3 ± 4,1
Situação do RN					
Alojamento conjunto	21,3 ± 4,2	7,2 ± 2,2	2,1 ± 1,2	7,0 ± 2,1*	37,7 ± 7,0
UTI	22,4 ± 4,6	7,8 ± 2,1	2,0 ± 1,1	8,2 ± 2,7*	40,4 ± 7,8

¹Referente ao valor máximo de pontos que pode ser obtido nesta dimensão do MPQ.

* $p = 0,05$.

Observamos uma diferença estatisticamente significativa entre a droga analgésica utilizada e o índice de dor no seu valor total e nos grupos sensitivo e avaliativo. As pacientes que receberam a morfina como droga analgésica referiram maior percepção de dor quando comparadas as pacientes que receberam o fentanil. Em relação as medicações regulares prescritas no pós-operatório, não houve significância estatística em relação o escore de dor.

A tabela 9 mostra as médias dos índices de dor conforme as características dos opióides utilizados na anestesia e as drogas analgésicas prescritas no pós-operatório.

Tabela 9: Médias dos índices de dor conforme as características da anestesia/drogas utilizadas e analgesia

Características	PRI Sensitivo (Max 42 pts) ¹	PRI Afetivo (Max 14 pts) ¹	PRI Avaliativo (Max 5 pts) ¹	PRI Misto (Max 17 pts) ¹	PRI Total (Max 78 pts) ¹
Anestesia					
Morfina	22 ± 4,3*	7,4 ± 2,1	2,2 ± 1,2*	7,5 ± 2,5	39,3 ± 7,3*
Fentanil	20 ± 4,2*	7,7 ± 2,2	1,4 ± 0,7*	7,0 ± 1,7	35,7 ± 7,2*
Analgesia					
Dipirona	22,1±5,3	7,2±2,3	2,2±1,1	7,3±2,1	39,1±8,9
Tenoxicam	21,4±5,5	7,7±2,9	2,6±1,5	8,2±3,3	39,8±11,6
Dipirona + Tenox.	21,9±4,4	7,7±2,1	2,0±1,1	7,3±2,5	38,8±6,7

¹Referente ao valor máximo de pontos que pode ser obtido nesta dimensão do MPQ.

* $p = 0,05$.

9.7 Avaliação da intensidade e comportamento da dor:

Para a avaliação da intensidade da dor presente (PPI), foi utilizado a escala numérico/verbal graduada de zero a cinco e com seis descritores correspondentes.

Oito (6,7%) puérperas classificaram a dor no momento de maior intensidade em desconfortável, 34 (28,3%) em aflitiva, 45 (37,5%) como horrível e 33 (27,5%) na pior dor possível, ou seja, cinco na escala.

Perguntamos também como classificavam a dor no momento de menor intensidade, 7 entrevistadas (5,8%) referiram estar sem dor (zero na escala), 44 (36,7%) referiram uma dor leve (um na escala), 42 (35%) referiram uma dor desconfortável, 25 (20,8%) uma dor aflitiva (três na escala) e somente 2 (1,7%) classificaram a dor como horrível (quatro na escala).

Perguntamos as mulheres, qual o melhor número na escala de intensidade para descrever sua pior cólica menstrual, três (2,5%) classificaram com sem dor (zero na escala), 21 (17,5%) como leve (1 na escala), 37(30,8%) como desconfortável (2 na escala), 25 (20,8%) como aflitiva (três na escala), 10 (8,3%) como horrível (quatro na escala) e 14 (11,7%) como insuportável (5 na escala). Dez puérperas referiram que nunca experimentaram a dor da cólica menstrual.

Avaliamos também a pior dor de dente das pacientes, 1 (0,8%) respondeu sem dor (zero na escala), 5 (4,2%) responderam desconfortável (dois na escala), 13 (10,8%) responderam aflitiva (três na escala), 44 (36,7%) responderam horrível (quatro na escala), 56 (46,7%) responderam insuportável (cinco na escala). Somente uma puérpera referiu nunca ter vivenciado a experiência da dor de dente.

Foi aplicado também a escala para avaliar a pior dor de cabeça das pacientes, três (2,5%) classificaram como zero na escala (sem dor), 7 (5,8%) como leve (um na escala), 7 (5,8%) como desconfortável (dois na escala), 30 (25%) como aflitiva (três na escala), 44 (36,7%) como horrível (quatro na escala) e 29 (24,2%) como insuportável (cinco na escala de dor).

A maioria das mulheres 78 (65%) classificou a dor do pós-operatório no momento de maior intensidade como horrível ou insuportável e com o valor cinco ou quatro da escala numérica. Avaliamos também a dor no momento de menor intensidade, e 93 mulheres (77,5%) classificou a dor como leve, desconfortável e sem dor, com valores de dois, um e zero na escala respectivamente. A tabela 10 apresenta a intensidade da dor no pós-operatório nos momentos de pior e de menor intensidade comparados a pior dor de dente, a pior dor de cabeça e a pior cólica menstrual.

Tabela 10: Intensidade da dor do no pós-operatório nos momentos de pior e de menor intensidade comparados à pior cólica menstrual.

ESCALA NUMÉRICA E VERBAL	Pior Dor pós-op n (%)	Menor Dor pós-op n (%)	Dor de Dente ¹ n(%)	Cólica menstrual ² n (%)	Dor de Cabeça n(%)
0 - Sem dor	-	7(5,8%)	1(0,8%)	3(2,5%)	3(2,5%)
1 - Leve	-	44(36,7%)	-	21(17,5%)	7(5,8%)
2 - Desconfortável	8(6,7%)	42(35%)	5(4,2%)	37(30,8%)	7(5,8%)
3 - Aflitiva	34(28,3%)	25(20,8%)	13(10,8%)	25(20,8%)	30(25%)
4 - Horrível	45(37,5%)	2(1,7%)	44(36,7%)	10(8,3%)	44(36,7%)
5 - Insuportável	33(27,5%)	-	56(46,7%)	14(11,7%)	29(24,2%)

¹1 Mulher(0,8%) nunca apresentou dor de dente - ²10 mulheres(8,3%) nunca tiveram colica mesntrual

A dor no puerpério foi descrita pelos termos que avaliam o comportamento da dor em um dado momento e para a maioria das mulheres foi de característica continua,

constante e permanente. Na tabela 11 encontramos a características da dor no pós-operatório de cesariana.

Tabela 11: Características da dor no pós-operatório:

Dor no puerperio	Pruerperas (n = 120)	Total (n = 120) n (IC 95%)
Breve	7	5,8% (2,4 a 11,6)
Momentânea	1	0,8% (0,0 a 4,6)
Constante	27	22,5% (15,4 a 31)
Continua	52	43,3% (34,3 a 52,7)
Rítmica	1	0,8% (0 a 4,6)
Transitória	6	5% (1,9 a 10,6)
Permanente	16	13,3% (7,8 a 20,7)
Periódica	-	-
Intermitente	12	10% (5,3 a 16,8)

O principal fator relacionado pelas participantes do estudo como capaz de promover a melhora da dor foi o repouso no leito citado por 94 (78,3%) puérperas, seguido de “tomar” remédio apontado por 10 (8,3%) mulheres, caminhar na enfermaria referido por 9 (7,5%) puérperas, movimentação no leito apontada por 4 (3,3%) puérperas e colocação de compressa morna e massagem citado por 1 puérpera (0,8%).

Todas as 120 mulheres entrevistadas responderam que o que piorava a dor era a movimentação, seja para levantar do leito, caminhar ou até mesmo cuidar do bebê.

9.8 Aplicabilidade da versão Brasileira do questionário da dor de McGill:

O tempo para a aplicação do questionário de dor de McGill foi anotado em minutos pela entrevistadora no início da entrevista e expresso em minutos completos.

A média do tempo necessário para a aplicação do modelo completo do questionário McGill foi de 8,11 minutos \pm 6,3 minutos. Cento e nove entrevistadas (90,8%) opinaram que o questionário foi capaz de lhes ajudar a descrever a dor experimentada no pós-operatório de cesariana. No total de 98 puérperas classificaram o instrumento como “fácil” ou “muito fácil” de ser respondido. Durante a aplicação, 23

mulheres (19,2%) precisaram de ajuda ou tiveram alguma dificuldade para entenderem as palavras.

Dezoito mulheres (15%) apresentaram dificuldade para a compreensão dos descritores, dessas 5 (26,3%) tiveram dificuldade com a palavra exaustiva, 3 (15,8%) tiveram dificuldade com a palavra aterrorizante e 2 (10,5%) tiveram dificuldade com a palavra ardor. Outras palavras também mencionadas foram: amedrontada, estraçalhada, em torção, esticada, ferroadada, miserável, perfurante e sufocante.

Quatro entrevistadas (3,3%) tiveram dificuldade com o modelo do questionário. Uma puérpera não entendeu o momento que queríamos avaliar a dor, outra paciente relatou um “exagero” nas palavras e duas pacientes relataram que o questionário foi “muito longo”.

A capacidade cognitiva foi classificada pela entrevistadora em uma escala de 1 a 5, onde 1 era uma capacidade cognitiva baixa e 5 elevada. Seis entrevistadas (5%) foram avaliadas com capacidade cognitiva baixa (1), 66 (55%) com capacidade 2, 31 (25,8%) com capacidade 3, 15 (12,5%) com capacidade 4 e somente 1 mulher com capacidade cognitiva elevada. A tabela 12 apresenta as peculiaridades da aplicação do MPQ-Br nas mulheres estudadas.

Tabela 12: Peculiaridades da aplicação do MPQ-Br na amostra estudada.

Avaliação do instrumento	n (%)	IC 95%
Capacidade expressar dor		
Sim	109 (90,8%)	84,2 a 95,3%
Não	11 (9,2%)	4,7 a 15,8%
Classificação do questionário		
Muito fácil	1 (0,8%)	0 a 4,6%
Fácil	97 (80,8%)	72,6 a 87,4%
Difícil	20 (16,7%)	10,5 a 24,6%
Muito difícil	2 (1,7%)	0,2 a 5,9%
Capacidade cognitiva		
1 (baixa)	6 (5%)	1,9 a 10,6%
2	66 (55%)	45,7 a 64,1%
3	31 (25,8%)	18,3 a 34,6%
4	15 (12,5%)	7,2 a 19,8%
5 (elevada)	1 (0,8%)	0,0 a 4,6%
Dificuldade estrutura		
Sim	4 (3,3%)	0,9 a 8,3%
Não	116 (96,7%)	91,7 a 99,1%
Dificuldade com os descritores		
Sim	18 (15%)	9,1 a 22,7%
Não	102 (85%)	77,3 a 90,9%

O instrumento utilizado (Questionário de McGill) apresentou dificuldade de entendimento de algumas palavras lidas para as puérperas e encontramos alguns descritores desconhecidos por algumas delas. Na literatura, Pimenta (1996)⁴² refere tempo de preenchimento entre 15 e 20 minutos e Santos (2006) tempo de preenchimento de $8,54 \pm 2,32$ minutos. Encontramos um tempo menor na nossa pesquisa de 8,11 minutos $\pm 6,3$ minutos, onde 116 pacientes (96,7%) responderam em até 10 minutos o questionário de dor. Apesar do tempo de preenchimento ser menor do que encontramos na literatura nacional, ainda assim este é um fator limitante para a aplicação rotineira deste instrumento para todas as mulheres submetidas aos procedimentos cirúrgicos.

Nos estudos sobre dor esse questionário é necessário, pois permite a avaliação multidimensional da dor e também é uma forma de universalidade das respostas e o dialogo entre as demais pesquisas.

Ainda cabe ressaltar, que a aplicação do questionário de McGill mostrou-se produtiva por auxiliar as puérperas a encontrarem palavras que transmitissem

exatamente o significado e a característica da experiência dolorosa vivenciada por elas. As mulheres referiram o extenso tempo de aplicação e a dificuldade em compreender e interpretar o significado de algumas palavras como um fator limitante. O longo tempo para responder o questionário se tornou um empecilho, pois as mulheres cuidavam dos RN e recebiam visitas externas de familiares.

10. Discussão

Ao longo das décadas, a dor vem tomando uma vultuosa importância clínica e vem sendo bastante discutida na literatura acadêmica. Mesmo assim, ainda tanto a sua avaliação quanto o seu tratamento constituem temas bastante controversos. O conceito da dor como um fenômeno individual, subjetivo e diretamente relacionado a extensão da lesão tecidual foi preponderantemente até a década de 60, porém hoje já é sabido e bastante discutido o aspecto sensitivo e afetivo da experiência dolorosa.

Ferreira e Teixeira (2009)⁶⁰ afirmam que a sensação dolorosa é determinada não apenas por estímulos nociceptivos, mas também pelas experiências prévias vividas pelos indivíduos; além da influência de seus temores e crenças. Pessini (2009)⁶¹ define a dor como um sentimento de angústia, vulnerabilidade, perda de controle e ameaça a integridade física. Esse mesmo autor refere que a dor e o sofrimento são sentimentos que se reforçam mutuamente.

A discussão sobre a dor no pós-operatório envolve vários campos de saber biomédico e vem se tornando mais valorizada nas últimas décadas. Bonica (1987)²² ressalta a necessidade de voltarmos a avaliar o ser humano dentro do conceito tríade das dimensões biológicas, psicológicas e sociais para o adequado manejo da dor.

Esse trabalho buscou entender de forma ampla a percepção da dor no pós-operatório de cesariana no contexto de uma Maternidade de Alto Risco Fetal. Segundo Loduca e Samuelian (2003)⁶², cada cultura possui expectativas específicas e linguagem própria de sofrimento. Como a população de mulheres atendida na maternidade do IFF é constituída por uma parcela importante de mulheres com antecedentes de malformações congênitas ou antecedentes de nati e neo mortalidade, os resultados encontrados nessa pesquisa talvez devam ser interpretados como representativos para um grupo específico de puérperas, não podendo se ampliado para a população de

puérperas como um todo. Talvez estas características de risco reprodutivo da população do IFF possam repercutir no campo da percepção dolorosa.

Encontramos uma carência extrema de publicações sobre a dor no pós-operatório de cesariana e os fatores que a influenciam. Recentemente, Mega e cols (2009)⁵² realizaram um trabalho nessa maternidade (IFF) no qual aplicaram a escala de dor de McGill para avaliar a dor no parto via vaginal. Esses autores, também ressaltam os poucos trabalhos publicados sobre os aspectos qualitativos da dor do trabalho de parto e parto.

Nesse presente estudo, as entrevistas com as puérperas foram realizadas entre 36 e 48 horas pós-cesariana. Wilder-Smith et al em 2003⁶³, citam o segundo dia após a cesariana como o maior nível de dor referida. Após esse tempo já não existem mais os efeitos residuais de qualquer anestesia, não afetando mais os escores de dor. Os autores citam ainda que é nessa fase que os movimentos das puérperas começam a ser exacerbados para o auto-cuidado e cuidados com o recém-nascido, podendo desencadear o aumento da dor.

As características sociais e demográficas das mulheres de nossa amostra são comparáveis com aquelas encontradas pela PNDS-2006 (Ministério da Saúde, 2008)⁵⁶. Entretanto, a mediana de 26 anos foi um pouco maior do que o valor observado para a região Sudeste, e isto se deve, provavelmente ao perfil de atendimento da maternidade estudada, onde um dos grupos preferenciais de atendimento engloba mulheres com idade materna avançada (IMA).

Não houve diferença estatisticamente significativa na avaliação da dor em relação a idade, raça ou renda familiar neste estudo. Entretanto, Mega (2009)⁵² encontrou, em seu estudo na mesma maternidade, uma diferença significativa em relação à idade. As pacientes com idade acima de 35 anos (IMA) apresentavam um PRI

afetivo e PRI misto maior quando comparada as outras pacientes. Em relação a raça ou renda familiar nossos resultados se assemelham ao de Mega.

O Ministério da Saúde (2008)⁵⁶ destaca que o nível de escolaridade da mulher é uma característica interessante de ser avaliada, pois muitas vezes, a conclusão do ensino fundamental já causa um diferencial de comportamento significativo com relação à reprodução e à sua própria saúde. Nesta amostra, a escolaridade foi ligeiramente superior a registrada na PNDS-2006 (Ministério da Saúde, 2008)⁵⁶ para a região Sudeste. Cerca de 37,5% das mulheres que avaliamos tinham mais do que nove anos de estudo completo e nenhuma participante era analfabeta. Esse fato pode ser um diferencial na avaliação e percepção da dor pelas mulheres. Encontramos diferença estatisticamente significativa em relação ao campo cognitivo-avaliativo (PRI avaliativo e PRI misto) quando comparadas as mulheres com ensino médio e as com ensino fundamental. As mulheres com maior grau de instrução classificaram sua dor como mais intensa. As possíveis explicações para esse fato podem estar relacionadas com o maior conhecimento de medidas analgésicas eficazes e melhor entendimento e classificação da dor pelas mulheres com maior escolaridade. Mulheres com menor nível de instrução podem considerar “normal” sentir dor após uma cirurgia. Breau et al(2006)⁶⁴ demonstra em seu estudo que o grau de instrução não exerce qualquer influência na interpretação da dor. Outros estudos, porém indicam que, quanto maior o grau de instrução, mais precisa é a avaliação da dor e maior a preocupação em tratá-la adequadamente (Polkki et al 2003⁶⁵ e He et al 2006⁶⁶)

Também houve diferença estatisticamente significativa entre a situação conjugal da mulher e os escores de dor avaliados pelo questionário McGill. O PRI afetivo das solteiras foi maior quando comparado ao das mulheres casadas ou que viviam junto com os companheiros. A presença de um “companheiro” provavelmente foi um fator de

segurança emocional para a mulher diminuindo a percepção dor (Soifer, 1992)⁶⁷. Parker (1996)⁶⁸ também afirma que mulheres que contaram com a participação do companheiro durante o parto e pós-parto relatam menor dor, receberam menos medicação analgésica e tiveram uma experiência mais positiva do que aquelas que não foram acompanhadas.

A percepção de dor pelas mulheres segundo o momento de realização da cesariana, se eletiva ou em trabalho de parto apresentou significância estatística no escore de dor do grupo avaliativo. A média deste escore foi maior nas pacientes que tiveram sua cesariana indicada durante o trabalho de parto e provavelmente isso se deu pela experiência negativa de dor que a paciente estava passando antes da realização da cesariana, uma vez que apenas 11,9% das mulheres que estavam em trabalho de parto estavam utilizando alguma anestesia antes da cirurgia.

Também verificamos índices de dor mais elevados entre as mulheres que preferiam cesariana como via de parto. Estas mulheres apresentaram escores de dor mais elevados no índice de dor no grupo avaliativo. A maior percepção da dor das mulheres que preferiam a cesariana como via de parto pode estar associada a banalização da realização desta cirurgia em nosso país, sendo possível que as mesmas não tivessem uma informação adequada sobre seus riscos e benefícios. Esta informação demonstra impacto de uma experiência negativa no campo da percepção da dor e pode vir a nos auxiliar na implementação de políticas para estimular o parto vaginal.

Outro aspecto relevante de nossos resultados foi o fato de não ter ocorrido diferença estatisticamente significativa quanto à paridade das participantes. Não houve diferença na avaliação da intensidade da dor por primíparas, secundíparas e as mulheres que apresentavam 3 ou mais cesarianas anteriores apesar da literatura apontar que a

dificuldade da técnica cirúrgica e o maior trauma tecidual em cesarianas subsequentes ser possível causa de aumento da percepção dolorosa (Melzack, 1994)⁴⁹.

Observamos que as mulheres que tiveram seus recém-nascidos internados na UTI apresentaram o PRI misto maior em relação as mãe cujos recém-nascidos estavam no alojamento conjunto em companhia das mesmas. O contexto no qual a mulher está inserida pode influenciar na sua percepção da dor, assim sendo, aquelas que tiveram o RN ao seu lado no alojamento conjunto interpretam e expressam a sua percepção de dor de maneira diferente.

A anestesia subaracnóidea vem sendo utilizada, a partir dos anos 80, com mais freqüência que a anestesia peridural para a realização de cesariana (Villar et al, 1999)⁶⁹. É de fácil execução e de rápido início de ação, produzindo excelente relaxamento muscular e analgesia intensa, oferecendo condições per-operatórias ideais (Bhavani-Shankar ,1999)⁷⁰.

A morfina, o fentanil e o sufentanil são os opióides que podem ser adicionados ao anestésico local com a finalidade de melhorar a analgesia no per-operatório, ao passo que a morfina é a droga de escolha para analgesia pós-operatória (Palmer CM et al,1995)⁷¹. Na nossa pesquisa, os médicos anesthesiologistas se restringiram ao uso somente de morfina e fentanil.

Discutindo brevemente sobre os opióides, afirmamos que morfina promove analgesia longa, porém como hidrossolúvel, tem distribuição rostral no líquido cefalorraquidiano, associando-se à alta freqüência de efeitos colaterais (Foumier et al,2000)⁷² e o fentanil como lipossolúvel, tem a duração relativamente curta quando administrados por via subaracnóidea, mas apresenta menos efeito colateral (Liu S et al, 2001)⁷³.

Os opióides lipofílicos têm um rápido início de ação e curta duração, variando de 1 a 4 horas. A adição de fentanil à raquianestesia produz uma analgesia sinérgica para a dor somática e visceral sem aumentar o bloqueio simpático (Hamber et al,1999)⁷⁴. A alta lipossolubilidade do fentanil em relação à morfina promove a precocidade dos seus efeitos, porém, essa propriedade determina uma menor potência analgésica ao fentanil, por possível ligação a locais não específicos em detrimento da sua fixação a receptores específicos. Comparativamente o início de ação da morfina varia entre 15 a 60 minutos e do fentanil entre 4 a 10 minutos, e duração do efeito analgésico da morfina varia de 6 a 24 horas e do fentanil de 1 a 2 horas (Barash – 2004)⁷⁵.

Esse estudo nos surpreendeu ao encontrarmos diferença estatística na percepção da dor no grupo de puérperas que receberam morfina subaracnóidea. O grupo de mulheres que recebeu morfina apresentou um índice de dor total, sensitivo e avaliativo maior quando comparado ao grupo do fentanil. Podemos explicar esse achado pelo fato das puérperas ficarem um intervalo de tempo grande sem dor, e no momento da entrevista a percepção da sensação dolorosa era mais recente fazendo com que a mulher a considerasse mais intensa.

Smith et al(1986)⁷⁶ também utilizaram o questionário de McGill para avaliar a dor pós-cesariana, no entanto não relataram os descritores mais citados. Estudos de 2000 e 2005 relatam apenas que a dor visceral (*cólica*) é frequentemente citada. Em 2009, Sousa e colaboradores⁵ também obtiveram que o descritor *cólica* foi citado por 38,3% das puérperas em estudo que realizaram com 60 puérperas avaliando a dor no pós-operatório de cesariana. No nosso estudo encontramos uma maior proporção de mulheres que citaram o descritor *cólica*, que foi citado por 48,3% das entrevistadas. Sousa e col em 2009⁵ encontraram como descritores mais citados os termos *incomoda*

(55%), *prende* (55%), e *repuxa* (50%) de forma diferente em nosso estudo encontramos como descritores mais citados os termos *enjoada* (70,8%), *pontada* (70%) e *finá* (62,5%).

Apfelbaum et al(2003)¹², encontraram em pesquisa com pacientes pós-cirúrgicos de qualquer tipo de intervenção, que 80% deles relataram dor pós-operatória de intensidade moderada a severa. Nosso trabalho obteve uma proporção de 93,3% das participantes referindo a dor como de moderada a severa e somente 6,7% das puérperas referiram uma dor leve. A cesariana é uma cirurgia de grande porte na qual a cavidade abdominal é aberta, o que é um fator responsável por grande percepção dolorosa.

Também verificamos que apesar de a grande maioria das mulheres classificarem sua dor como moderada a severa, quando questionadas quanto à satisfação com a medicação analgésica prescrita para aliviar a dor, 88,3% referiram estar satisfeita ou muito satisfeita. No nosso estudo muitas pacientes citaram a satisfação pelo bebê nos braços e a gratidão pela atenção dos profissionais de saúde como um fator de conforto. Essa satisfação com a assistência prestada pode também ter influenciado a resposta sobre a satisfação com a medicação analgésica prescrita.

Podemos confirmar assim, que a experiência dolorosa pós-cesariana é multifatorial, pode depender da técnica cirúrgica, das características individuais e culturais de cada puérpera e das medicações utilizadas no per e pós-operatório.

Ressaltamos também a importância do momento em que a puérpera se encontra, sua história familiar, crenças, valores pessoais além dos cuidados hospitalares na percepção dolorosa do procedimento a que foi submetida.

Tem sido bastante ressaltada na literatura a importância da abordagem multimodal para controle da dor, ou seja, combinações de drogas que atuem por meio de mecanismos diferentes.

Mesmo apresentando excelente analgesia pós-operatória, a morfina empregada como única droga analgésica não cumpre totalmente esse papel. Cardoso e col (1998)⁷⁷ demonstraram que em pacientes submetidas à cesariana sob raquianestesia associada a 100mcg de morfina, a necessidade de analgésicos de resgate ocorreu em até 75% das pacientes. Somente em aproximadamente 25% das pacientes a morfina isolada foi suficiente para controlar a dor pós-operatória. Na prática clínica não é possível prever quais serão as pacientes que sentirão dor, sendo totalmente justificável e obrigatório a prescrição contendo medicações analgésicas eficientes no pós-operatório.

Souter and col (1994)⁷⁸ afirmam que a combinação de opióides com antiinflamatório não esteróides (AINEs) resulta em ação sinérgica, o que proporciona controle satisfatório da dor pós-operatória. Observaram que quando se utilizam os AINEs de forma regular, reduz-se a necessidade de outros analgésicos para prover analgesia adequada. Neste estudo, utilizamos como analgesia regular no pós-operatório a dipirona e o AINEs tenoxicam. Mais da metade das puérperas (53,3%) receberam a associação dessas duas drogas. Não houve diferença estatística em relação à percepção da dor nos diferentes grupos de utilização das drogas analgésicas.

Embora em nosso estudo, grande parte das mulheres (89,2%) estivessem satisfeitas ou muito satisfeitas com a medicação prescrita no pós-operatório a percepção da dor por elas foi elevada. Assim é preciso mais estudos para adequar a rotina de utilização de analgésicos no pós-operatório de cesariana com a sensação de dor manifestada pelas mulheres.

Os resultados mostraram que o local da internação do RN no momento da entrevista teve influência no escore de dor no PRI Misto. Mães com filhos na UTI ou natimortos tiveram uma maior avaliação de dor no PRI Misto quando comparadas as mães com RN no alojamento conjunto. O sofrimento pelo afastamento do recém-

nascido e a preocupação com a sobrevivência do mesmo pode ter influenciado a percepção dolorosa destas mulheres. Novos estudos podem avaliar se os diferentes motivos para a internação do RN na UTI podem estar relacionados com a percepção dolorosa materna no pós-operatório.

Costa e colaboradores em 2009⁷⁹ fizeram uma revisão sistemática 44 estudos sobre adaptações transculturais do questionário de McGill, e a versão brasileira sobre o qual baseamos nosso estudo foi considerado adequado para este tipo de escala psicométrica.

Alem do trabalho de Mega (2009)⁵², outros três trabalhos nacionais também aplicaram o questionário de McGill. Pimenta e Teixeira (1997)⁸⁰ foram responsáveis pela adaptação cultural do questionário e avaliaram a população com dor crônica. O trabalho conduzido por Santos e colaboradores (2006)⁸¹, validou a aplicação deste instrumento em idosos com dor crônica. E o trabalho conduzido por Xavier e colaboradores (2005)⁸², validou a sua aplicação para avaliação da dor aguda pós-operatória.

No estudo conduzido por Xavier e colaboradores (2005)⁸², o total de descritores variou entre 11 a 20 palavras. Para os autores, a escolha de maior quantidade de termos descritores em comparação com estudos realizados com populações de outras nacionalidades sugeriria uma dificuldade adicional para se qualificar com mais precisão a dor resultante dos procedimentos cirúrgicos avaliados e estes achados reforçariam as críticas feitas na prática clínica, com relação à extensão do questionário McGill.

Nossos resultados concordam com Mega (2009)⁵² e com Xavier e colaboradores (2005)⁸², quanto à necessidade de ampliar os estudos, sobretudo com uma amostra maior e em regiões brasileiras diferentes, para podermos generalizar os resultados encontrados. No entanto, concordamos com Mega⁵² quanto à discordância da crítica de

que o maior número de descritores escolhidos ocorra por alguma deficiência estrutural do instrumento de pesquisa; a sugestão de redução do número de descritores de cada subgrupo do questionário não procede, pois a qualificação da experiência dolorosa independe do aumento ou da redução da quantidade de termos descritores de uma escala de avaliação de dor e talvez esta tendência a escolher mais termos descritores seja uma característica peculiar de nossa população.

Considerações Finais

A dor é sabidamente a complicação mais freqüente no pós-operatório e a descrição verbal da sua intensidade e de sua qualidade feita por quem está sentindo a própria é de fundamental importância para que o seu manejo seja adequado. Ready & Edwards (1995)³² citam que a intensidade da dor depende da influência de fatores fisiológicos, como a extensão do trauma durante a intervenção, a habilidade técnica do cirurgião, as doenças prévias, o local e o tipo de incisão e de fatores psicológicos (ansiedade, depressão, medo, dentre outros) bem como de fatores culturais do paciente.

Como dito anteriormente, ao contrario do período de pós-operatório de outras cirurgias onde é recomendado ao paciente a realização de repouso, no caso da cesariana a mulher tem como incumbência cuidar do recém-nascido, mesmo que para isso tenha que sentir dor na sua movimentação. Assim a impossibilidade das mães de manter o repouso deve ser considerada pelos profissionais que devem avaliar adequadamente a importância de garantir uma analgesia adequada para elas neste período.

Esse trabalho nos possibilitou identificar as diferentes dimensões envolvidas no relato da dor no pós-operatório de cesariana pelas puerperas, constituindo assim um passo importante para repensar as rotinas dos profissionais da área especificamente em relação a medidas terapêuticas que visem alívio completo deste sintoma. Dentre as entrevistadas, 65% (78 puérperas) classificaram sua dor no momento de maior intensidade como horrível ou insuportável e isso reforça o valor adequado de uma nova estratégia de analgesia no pós-operatório que poderia ser empregada para proporcionar conforto e segurança. A alta prevalência de dor no pós-operatório de cesariana encontrada nesse e em outros estudos, mostra a relevância da avaliação da dor no pós-

operatório de cesariana. Sua mensuração e tratamento adequados podem aliviar um sofrimento e evitar os malefícios proporcionados pela dor.

A dor percebida pela puérpera na nossa maternidade vem sendo pouco avaliada e tratada muito mais por uma rotina padronizada para todas as mulheres, prescrita pelo profissional que a acompanha, do que por uma avaliação mais individualizada do que ela está sentindo e vivenciando naquele momento. Uma possibilidade para que se possa estar mais atento a percepção dolorosa das puerperas é verificar, com uma simples escala numérica, a intensidade da dor percebida nos mesmos intervalos de tempo em que são verificados os sinais vitais no pós-operatório. Este é um procedimento simples que pode ser feito pela equipe técnica de enfermagem sem que sejam necessárias grandes modificações na rotina assistencial.

O presente estudo teve boa aceitação pelas entrevistadas. As puérperas se mostraram interessadas em responder o questionário e contribuir para dimensionar a dor vivenciada por elas. A maioria das participantes afirmou ter se beneficiado com o uso deste instrumento para comunicar sua experiência de dor e se manifestaram satisfeitas com as perspectivas de melhora no atendimento que por ventura venham necessitar no próximo parto.

A generalização dos resultados desta pesquisa é limitada pelas características peculiares da população atendida na Maternidade do IFF, por exemplo, com grande número de mulheres com antecedentes de neo ou natimortos e fetos malformados.

Os resultados encontrados nos permitem afirmar a importância de rever as estratégias de alívio da dor na rotina de assistência ao pós-operatório da cesariana em nosso Serviço. Seja pela modificação na forma atual de utilização dos métodos farmacológicos, seja até mesmo pela introdução de métodos não farmacológicos, que já se mostraram eficazes.

Consideramos importante a existência de uma rotina bem estabelecida para a prescrição com segurança dos analgésicos para as puerperas, mas também avaliamos que é preciso que todos os casos possam ter uma avaliação mais subjetiva que permita que as diferentes percepções de dor possam ter tratamentos diferentes. Não subestimando nem superdimensionando a dor, e sim, tratando-a de forma adequada segundo a necessidade de cada mulher. É fundamental reconhecer a dor e realizar a correta abordagem terapêutica, dentre a vasta opção de tratamentos disponíveis.

Bibliografia¹

1. International Association for the Study of Pain (IASP). Merskey H, Albe-Fessard DG, Bonica JJ, Carmon A, Dubner R, Kerr FWL, *et al.* Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain* 1979; 6: 249-52.
2. Teixeira MJ, Valverde Filho J. Dor aguda. In: Teixeira MJ (ed.), Braum JL, Marquez JO, Yeng LT co-editores. *Dor: contexto interdisciplinar*. Curitiba: Maio; 2003, p.241-269.
3. Gozzani JL. Educação e treinamento em medicina da dor no Brasil. In: Alves Neto O (org.), Costa CM, Siqueira JTT, Teixeira MJ *et al.* *Dor: princípios e práticas*. Porto Alegre: Artmed; 2009, p.94-102.
4. 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.
5. Sousa L et al. Mensuração e características de dor após cesárea e sua relação com limitação de atividades. *Acta paul. enferm.* 2009;22(6):741-747.
6. International Association for the Study of Pain. IASP Pain Terminology. Available from <URL: <http://www.iasp-pain.org/terms-p.html#Pain>> [November, 2004, 9].
7. Kreling MCGD, Cruz DALM, Pimenta CAM. Prevalência de dor crônica em adultos. *Revista Brasileira de Enfermagem* 2006;8:509-13.
8. Yates P; Dewar A; Edwards H; Fentiman B; Najman J ; Nash R et al. The prevalence and perception of pain amongst hospital in-patients. *Journal of Clinical Nursing* 1998;7(6):521-30.
9. Weinstein SL ;Buckwalter JA. *Ortopedia de Turek: Princípios e Sua Aplicação*. 5ª. Ed. São Paulo: Ed. Manole; 2000.
10. Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 2002;10(3):446-7.
11. Chapman CR. Psychological aspects of postoperative pain control. *Acta Anaesthesiol Belg.*1992;43(1):45-52.
12. Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS et al. - Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg.*2003;97:534-540.

13. Belizan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of cesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ*. 1999; 319:1397-400.
14. Diniz MH. *O Estado atual do Biodireito*. 3ª. Edição. São Paulo: Editora Saraiva;2006.
15. Manias E, Bush T. Can we get it right? Barriers to effective acute pain management with opioid analgesics. *Contemp Nurse*.1999;8(3):83-90.
16. Cousins MJ. Relief of acute pain: a basic human right? *Medical Journal of Australia*. 2000;172:3-4.
17. Atkinson L; Murray ME. *Fundamentos de Enfermagem: Introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989. p. 476.
18. Bonica JJ. *The management of pain. Anatomic and physiologic basis of nociception and pain*. 2nd ed. Philadelphia: Lea &Febiger; 1990. p.28-94.
19. Whedon M; Ferrell BR. Professional and ethical considerations in the use of high-tech pain management. Atlanta: American Cancer Society, Professional Education Publication, 1992. *Rev.Esc.Enf.USP*. 2001;35(2):180-3.
20. Gurgel AH, Cruz NL. Fenômeno da dor no trabalho de parto: Depoimento de parturientes. *Rev Baiana Enferm*. 1997;10(1/2):71-94.
21. Bastos CO, Sales PCA, Pereira RR. Analgesia do trabalho de parto. In: Tardelli MA, Cavalcanti IL *et al*. *Curso de Educação à Distância em Anestesiologia – Comissão de Ensino e Treinamento*. Sociedade Brasileira de Anestesiologia; 2001:63-83.
22. Bonica JJ. Importance of effective pain control. *Acta Anaesthesiol Scand* 1987;31 (85):1-16.
23. Melzack R. Labour pain as a model of acute pain. *Pain* 1993; 1-4.
24. Duval Neto GF. Dor aguda *versus* dor crônica. In: Alves Neto O (org.), Costa CM, Siqueira JTT, Teixeira MJ *et al*. *Dor: princípios e práticas*. Porto Alegre: Artmed,2009:319 – 334.
25. Anin-Somuah M, Smyth R e Howell C. Epidural versus non-epidural or no analgesia in labour (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, issue 2, 2008 [online]<https://www.cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=review&mfn=273>[20/ago/2008].
26. Drummond JP. *Dor aguda: fisiopatologia, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 2000.
27. Ready LB, Edwards WT. Dor Obstétrica. In: Ready LB, Edwards WT. *Tratamento da Dor Aguda*. Publicação da International Association for the Study of Pain / SBED 2ª edição revisada por Spiegel P. São Paulo: Revinter;1997:61-69.

28. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10 (3): 627-63.
29. Barash PG, Cullen BF e Stoelting. *Anestesiologia*. 2ª. Edição. São Paulo: Atheneu, 1992.
30. White PF- Management of postoperative pain and emesis. *Can J Anesth*, 1995;42:1053-1055.
31. Leon-Casasola AO; Parker BM; Lema MJ ; Groth RI; Orsini-Fuentes J. Epidural analgesia versus intravenous patient-controlled analgesia. Differences in the postoperative course of cancer patients. *Reg Anesth* 1994; 19(5):307-15.
32. Ready LB, Edwards WT. *Tratamento da dor aguda*. Rio de Janeiro: Revinter; 1995. p.21-5.
33. World Health Organization Expert Committee on Drug Dependence: twenty-eight report. Geneva: WHO; 1993. (Technical Report Series; no. 836).
34. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança. *Amamentação e uso de drogas*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
35. Chaves LD. Dor como 5º sinal vital. In: Alves Neto O (org.), Costa CM, Siqueira JTT, Teixeira MJ *et al*. *Dor: princípios e práticas*. Porto Alegre: Artmed; 2009:109-114.
36. Kremer E; Atkison JH; Ignelzi RJ. Measurement of pain: patient preference does not confound pain measurement. *Pain*. 1981;10:241-248.
37. Linton SJ; Gøtestam KG. A clinical comparison of two pain scales: correlation, remembering chronic pain, and a measure of compliance. *Pain*. 1983;17:57-65.
38. Chapman CR et al. Pain measurement: an overview. *Pain*. 1985;22:1-31.
39. Faleiros Sousa FAE. *Prestígio profissional do enfermeiro: um enfoque da psicofísica social*. Ribeirão Preto, 1993. 175p. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
40. Jensen MP; Turner JA; Romano JM. What is the maximum number of levels needed in pain intensity measurement? *Pain*. 1994;58:387- 392.
41. Pimenta CAM. Escalas de avaliação de dor. In: Teixeira MD (ed.). *Dor conceitos gerais*. São Paulo: Limay; 1994. p.46-56.
42. Pimenta CAM; Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Revista Escola Enfermagem USP*. 1996;30(3):473-483.
43. Mccaffery M; Pasero C. *Pain Clinical Manual*. St Louis; MO: Mosby; 1990.

44. Sousa FF; Silva JA. A métrica da dor (dormetria): problemas teóricos e metodológicos. *Revista DOR*, 2005.
45. Fishman B; Pasternak S ; Wallenstien SL . *The Memorial Pain assessment Card: a valid instrument for the evaluation of cancer pain*. *Cancer*. 1987;60:1151-1158.
46. Ramer L; Richardson JL; Cohen MZ . *Multimeasure Pain Assessment in an ethnically diverse group of patients with cancer*. *Journal of Transcultural Nursing* 1999;10:94-101.
47. Melzack R; Katz J. The McGill Pain Questionnaire: Appraisal and current status. In: Turk DG; Melzack R. *Handbook of Pain Assessment*.1992:152-165.
48. Pimenta CI. Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In: Carvalho M. M. J. (Org). *Dor: um estudo multidisciplinar*. São Paulo: Summus, 1999:31-46.
49. Melzack R, Katz J. Pain measurement in persons in pain. In:Wall PD; Melzack R. *Textbook of Pain*. 3.ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1994. p.337-51.
50. Drewes AM. et al. McGill pain questionnaire translated into Danish: experimental and clinical findings. *Clin.J. Pain*. 1993;9(2):80-7.
51. Sousa FAEF, Pereira LV, Hortense P. Avaliação e mensuração da percepção da dor. In: Alves Neto O (org.), Costa CM, Siqueira JTT, Teixeira MJ *et al*. *Dor: princípios e práticas*. Porto Alegre: Artmed;2009:370-399.
52. Mega ACC. Avaliação dos aspectos neurocomportamentais da dor na parturição. [Tese de Mestrado] PGSM. IFF. Fiocruz. Rio de Janeiro. 2010.
53. 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.
54. Santos CC, Pereira LSM, Resende MA, Magno F, Aguiar V. Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. *Acta Fisiatra* 2006; 13(2): 75-82.
56. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006). Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
57. Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain*. 1987;30(2):191-7.
58. Schechter NL et al. Report of the Consensus Conference on the pain in childhood cancer. *Pediatrics* 1990;86(5):818-834.
59. Centers of Diseases Control (CDC). Database and statistics software for public health professionals. EpiInfo ver 3.5.1. 2008. [online] <https://www.cdc.gov/epiinfo> [15/ago/2009].

- 60.** Ferreira KASL, Teixeira MJ. Princípios do tratamento da dor. In: Alves Neto O (org.), Costa CM, Siqueira JTT, Teixeira MJ *et al.* Dor: princípios e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2009, p.943-956.
- 61.** Pessini L. Uma reflexão bioética sobre dor, sofrimento e morte. In: Alves Neto O (org.), Costa CM, Siqueira JTT, Teixeira MJ *et al.* Dor: princípios e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2009, p.344-352.
- 62.** Loduca A, Samuelian C. Avaliação psicológica do doente com dor. In: Teixeira JM (ed.), Braum JL, Marquez JO, Yeng LT co-editores. Dor: contexto interdisciplinar. Curitiba: Maio; 2003:191-204.
- 63.** Wilder-Smith CH, Hill L, Dyer RA, Torr G, Coetzee E. Postoperative sensitization and pain after cesarean delivery and the effects of single IM doses of tramadol and diclofenac alone and in combination. *Anesth Analg.*2003;97:526-33.
- 64.** Breau LM, McGrath PJ, Steven, Beyene J, Camfield C, Finley GA et al. Judgments of pain in the neonatal intensive care setting: a survey of direct care staffs` perceptions of pain in infants at risk for neurological impairment. *Clin J Pain*2006;22:122-9.
- 65.** Polkki T, Laukkala H, Vehvilainen-Julkunen K, Pietila AM. Factors influencing nurses` use of nonpharmacological pain alleviation methods in paediatric patients. *Scand J Caring Sci* 2003;17:373-83.
- 66.** He HG, Polkki T, Pietila AM, Vehvilainen-Julkunen K. Chinese parent`s use of nonpharmacological methods in children`s postoperative pain relief. *Scand J Caring Sci.*2006;20:2-9.
- 67.** Soifer R. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Porto Alegre:Artes Médicas;1992.
- 68.** Parker RD. Fatherhood: myths and realities. Harvard University Press.EUA;1996:44-72.
- 69.** Villar GCP, Rosa C, Cappelli EL et al. Incidência de cefaléia pós-raquianestesia em pacientes obstétricas com o uso de agulha de Whitacre calibre 27G. Experiência com 4570 casos. *Ver Brás Anesthesiol.* 1999;49:110-112.
- 70.** Bhavani-Shankar. Anesthesia for cesarean delivery. *Probl in Anesth.*1999;3:333-343.
- 71.** Palmer CM, Voulgaropoulos D, Alvens D. Subarachnoid fentanyl augments lidocaine spinal anesthesia for cesarean section. *Reg Anesth.* 1995;20:389-394.
- 72.** Fournier R, Van Gessel E, Weber A et al. A comparison of intrathecal analgesia with fentanyl or sufentanil after total hip replacement. *Anesth Analg.* 2000;90:918-922.
- 73.** Liu S, McDonald S. Current Issues in spinal anesthesia. *Anesthesiology.* 2001;94:888-906.
- 74.** Hamber EA, Viscomi CM. Intrathecal lipophilic opioids as adjuncts to surgical spinal anesthesia. *Reg Anesth Pain Med.* 1999;24:255-263.

- 75.** Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK. Opióides. Anestesia Clínica. 4ª. Edição. Barueri-SP: Ed. Manole,2004;14:345-376.
- 76.** Smith CM, Guralnick MS, Gelfand MM, Jeans ME. The effects of transcutaneous electrical nerve stimulation on post-cesarean pain. *Pain*.1986;27:181-193.
- 77.** Cardoso MMSC, Carvalho JCA, Amago AR et al. Small doses of spinal morphine combined with systemic diclofenac for postoperative analgesia after cesarean delivery. *Anesth Analg*. 1998;86:538-541.
- 78.** Souter AJ, Fredman B, White PF. Controversies in the Perioperative Use of nonsteroidal antiinflammatory drugs. *Anesth Analg*. 1994;79:1178-1190.
- 79.** Costa LCM, Christopher GM, McAuley JH, Costa LOP. Systematic review of cross-cultural adaptations of McGill Pain Questionnaire reveals a paucity of clinimetric testing. *Journal of Clinical Epidemiology* 2009, 62: 934-943.
- 80.** Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de Dor McGill: Proposta de Adaptação para a Língua Portuguesa. *Rev Bras Anesthesiol* 1997; 47 (2): 177 – 186.
- 81.** Santos C C, Pereira L S M, Resende M A, Magno F, Aguiar V. Aplicação da versão brasileira do questionário de dor McGill em idosos com dor crônica. *Acta Fisiatra* 2006; 13(2): 75-82.
- 82.** Xavier TT, Torres GV, Rocha VM. Dor pós-operatória: características quantitativa relacionadas à toracotomia póstero-lateral e esternotomia. *Acta Cir Bras* 2005; 20 (1): 63 – 68.

Apêndice 1

Ficha para coleta de dados e aplicação do modelo completo do questionário de avaliação da dor McGill, versão brasileira.

FICHA DE AVALIAÇÃO Nº _____.

RIO DE JANEIRO, ____ / ____ / 2011.

DADOS DO PRONTUÁRIO:

1. **Classificação da cirurgia:** eletiva trabalho de parto
Se em trabalho de parto, estava com analgesia? Sim Não
2. **Quantas horas após a cesariana está respondendo o questionário?** _____
3. **Indicação da cesariana atual?** _____
4. **Anestesia realizada:** raquianestesia peridural simples peridural contínua anestesia geral
 outras Qual? _____
5. **Droga utilizada na anestesia:** marcaína pesada marcaína isobárica dose: _____
6. **Opióides utilizados na anestesia:** Morfina dose: _____ Fentanil dose _____
Outros dose _____
7. **Medicação regular na prescrição nas últimas 24h:** Dipirona dose _____ Toradol dose _____
Tramal dose _____ Dolantina dose _____ Diclofenaco dose _____ Tilatil dose _____
8. **Medicação urgência:** _____ dose _____ numero de doses _____ horário _____
9. **Horário da última medicação analgésica antes de responder esse questionário:** _____
Dose _____
10. **Situação do RN:** Alojamento Conjunto Berçário ou UTI Morte Fetal óbito neonatal

➤ PARTE I – CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS:

1. **Idade** _____ anos. **2. Peso** _____ kg. **3. Altura** _____ cm.
2. **Naturalidade** Sudeste (RJ SP MG ES).
 Sul Centro Oeste Norte Nordeste.
3. **Residência** Cidade do Rio de Janeiro.
 Outro Município (*Qual?* _____).
4. **Qual a última série e grau que você concluiu com aprovação na escola?**
|____| Série do ensino |____| 1. Fundamental 2. Médio/2º grau 3. Superior
5. **Renda familiar** ≤ 3 salários 4 a 5 salários mínimos ≥ 6 salários mínimos Ignorado.
6. **Qual a sua situação conjugal?** Solteira Casada ou vive junto separada viúva
7. **Você considera a sua cor da pele, raça ou etnia:** Branca Preta Parda (morena / mulata)
 Amarela Indígena
8. **Como eu vejo a cor da pele do paciente:** Branca Preta Parda (morena / mulata) Amarela Indígena
9. **Profissão** declarada: _____.

➤ PARTE II – INFORMAÇÕES SOBRE ANTECEDENTES CLÍNICOS E OBSTÉTRICOS:

10. **Quantas vezes a S^{ra} engravidou? GESTA** ____ **PARA** ____ (Cesariana ____/ Parto Normal ____)
ABORTOS _____
11. **Antecedente de Abortos:** Não Sim (*Quantos?* _____) Não se aplica.

➤ PARTE III – INFORMAÇÕES SOBRE A CESARIANA:

12. **A Sra. Apresentou vômito no pós-operatório? Quantos episódios?** Não Sim
Número de episódios: _____
13. **Satisfação da paciente com a medicação analgésica prescrita para aliviar sua dor:**

muito satisfeita satisfeita insatisfeita muito insatisfeita

14. Nos dois primeiros dias após o parto, você apresentou algum dos seguintes problemas?

Dificuldade para amamentar por causa da dor da cirurgia?

0. Não 1. Um pouco 2. Bastante 3. Muito 4. Não amamentei

Dificuldade para dormir?

0. Não 1. Um pouco 2. Bastante 3. Muito

15. Nos dois primeiros dias após o parto, você precisou de ajuda:

Para cuidar de sua higiene pessoal por causa da dor da cirurgia?

0. Não 1. Um pouco 2. Bastante 3. Muito

Para se alimentar por causa da dor da cirurgia?

0. Não 1. Um pouco 2. Bastante 3. Muito

Para se movimentar por causa da cirurgia?

0. Não 1. Um pouco 2. Bastante 3. Muito

Para cuidar do bebê por causa da cirurgia?

0. Não 1. Um pouco 2. Bastante 3. Muito

A “quantidade de dor” que você sentiu foi maior ou menor do que você esperava?

1. Maior 2. Menor

Que tipo de parto você preferia para essa gravidez?

1. Normal 2. Cesariana 3. Tanto faz

Quando não há complicações, que tipo de parto você acha que é mais seguro para você?

1. Normal 2. Cesariana 3. tanto faz

Quando não há complicações, que tipo de parto você acha que é mais seguro para o bebê?

1. Normal 2. Cesariana 3. tanto faz

Que procedimento você considera mais doloroso?

1. Normal 2. Cesariana 3. Tanto faz

➤ **PARTE V - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA DOR MCGILL (MPQ-Br)**

16. ÍNDICE DE DOR*: PRI Total ____ / PRI Grupo Sensitivo ____ Afetivo ____ Avaliativo ____ Miscelânea ____.
(1-20) (1-10) (11-15) (16) (17-20)

17. Total de Descritores escolhidos: ____.

18. Capacidade Cognitiva: 1 (baixa) 2 3 4 5 (elevada).

19. Aplicabilidade na população de estudo:

- **Tempo de Preenchimento:** Formulário completo ____ minutos (Descritores MPQ-Br ____ minutos).

- **Dificuldade com os descritores:** Não

Sim (_____).

- **Dificuldade com o modelo de questionário aplicado:**

Não

Sim (_____).

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA DOR MCGILL (MPO-BR) *

Instruções: *Selecione quais as palavras que melhor descrevem a dor que a S^{ra} sentiu nas últimas 12 horas de pós-operatório de cesariana.. Por favor, escolha somente uma palavra de cada grupo, não escolha aquelas que não se aplicam a sua dor.*

Grupo 1 1. <input type="checkbox"/> Vibração 2. <input type="checkbox"/> Tremor 3. <input type="checkbox"/> Pulsante 4. <input type="checkbox"/> Latejante 5. <input type="checkbox"/> Como batida 6. <input type="checkbox"/> Como pancada	Grupo 2 1. <input type="checkbox"/> Pontada 2. <input type="checkbox"/> Choque 3. <input type="checkbox"/> Tiro Grupo 7 1. <input type="checkbox"/> Calor 2. <input type="checkbox"/> Queimação 3. <input type="checkbox"/> Fervente 4. <input type="checkbox"/> Em brasa	Grupo 3 1. <input type="checkbox"/> Agulhada 2. <input type="checkbox"/> Perfurante 3. <input type="checkbox"/> Facada 4. <input type="checkbox"/> Punhalada 5. <input type="checkbox"/> Em lança	Grupo 4 1. <input type="checkbox"/> Fina 2. <input type="checkbox"/> Cortante 3. <input type="checkbox"/> Estraçalhada Grupo 9 1. <input type="checkbox"/> Mal localizada 2. <input type="checkbox"/> Dolorida 3. <input type="checkbox"/> Machucada 4. <input type="checkbox"/> Doída 5. <input type="checkbox"/> Pesada	Grupo 5 1. <input type="checkbox"/> Beliscão 2. <input type="checkbox"/> Aperto 3. <input type="checkbox"/> Mordida 4. <input type="checkbox"/> Cólica 5. <input type="checkbox"/> Esmagamento
Grupo 6 1. <input type="checkbox"/> Fisgada 2. <input type="checkbox"/> Puxão 3. <input type="checkbox"/> Em torção	Grupo 12 1. <input type="checkbox"/> Enjoada 2. <input type="checkbox"/> Sufocante	Grupo 8 1. <input type="checkbox"/> Formigamento 2. <input type="checkbox"/> Coceira 3. <input type="checkbox"/> Ardor 4. <input type="checkbox"/> Ferroada	Grupo 14 1. <input type="checkbox"/> Castigante 2. <input type="checkbox"/> Atormentada 3. <input type="checkbox"/> Cruel 4. <input type="checkbox"/> Maldita 5. <input type="checkbox"/> Mortal	Grupo 10 1. <input type="checkbox"/> Sensível 2. <input type="checkbox"/> Esticada 3. <input type="checkbox"/> Esfolante 4. <input type="checkbox"/> Rachando
Grupo 11 1. <input type="checkbox"/> Cansativa 2. <input type="checkbox"/> Exhaustiva	Grupo 17 1. <input type="checkbox"/> Espalha 2. <input type="checkbox"/> Irradia 3. <input type="checkbox"/> Penetra 4. <input type="checkbox"/> Atravessa	Grupo 13 1. <input type="checkbox"/> Amedrontada 2. <input type="checkbox"/> Apavorante 3. <input type="checkbox"/> Aterrorizante	Grupo 15 1. <input type="checkbox"/> Miserável 2. <input type="checkbox"/> Enlouecedora	Grupo 20 1. <input type="checkbox"/> Aborrecida 2. <input type="checkbox"/> Dá náusea 3. <input type="checkbox"/> Agonizante 4. <input type="checkbox"/> Pavorosa 5. <input type="checkbox"/> Torturante
Grupo 16 1. <input type="checkbox"/> Chata 2. <input type="checkbox"/> Que incomoda 3. <input type="checkbox"/> Desgastante 4. <input type="checkbox"/> Forte 5. <input type="checkbox"/> Insuportável		Grupo 18 1. <input type="checkbox"/> Aperta 2. <input type="checkbox"/> Adormece 3. <input type="checkbox"/> Repuxa 4. <input type="checkbox"/> Espreme 5. <input type="checkbox"/> Rasga	Grupo 19 1. <input type="checkbox"/> Fria 2. <input type="checkbox"/> Gelada 3. <input type="checkbox"/> Congelante	

20. Que palavras descrevem a dor que a S^{ra} está sentiu nas últimas 12 horas de pós operatório de cesariana?

- Contínua Rítmica Breve
 Constante Periódica Momentânea
 Permanente Intermitente Transitória

21. O quê você faz para tentar melhorar sua dor? _____.

22. O quê você faz que piora a sua dor? _____.

ESCALA DE INTENSIDADE (PPI): 0 1 2 3 4 5

SEM DOR LEVE DESCONFORTÁVEL AFLITIVA HORRÍVEL INSUORTÁVEL

23. Qual destas palavras/ n^{os} melhor descreve a dor que sentiu nas últimas 12 horas? _____/_____.

24. E no momento de menor intensidade desta dor? _____/_____.

25. Qual destas palavras/ n^{os} melhor descreve a sua pior dor de cólica menstrual? _____/_____.

26. Qual destas palavras/ n^{os} melhor descreve a sua pior dor de dente? _____/_____.

27. Qual destas palavras/ n^{os} melhor descreve a sua pior dor de cabeça? _____/_____.

28. **Dificuldades relatadas:** Este questionário que a S^{ra} acabou de responder foi capaz de descrever a dor que você está sentido agora? Sim Não.

29. A S^{ra} precisou de ajuda ou teve alguma dificuldade para entender as palavras? Não Sim.

30. Como a S^{ra} classificaria este tipo de questionário? Muito fácil Fácil Difícil Muito difícil.

➤ **Sugestões/Comentários da entrevistada:**

➤ **Observações da pesquisadora:**

Apêndice 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de Pesquisa: “Aplicação da escala de McGill na avaliação da dor no pós-operatório de cesariana”.

Pesquisador responsável: Rachel Souza de Queiroz Varella

Orientador: Marcos Augusto Bastos Dias

Instituição Responsável pela pesquisa: Instituto Fernandes Figueira

Departamento de Ensino: Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança

Endereço: Av. Rui Barbosa, 716. Flamengo. Rio de Janeiro. CEP: 22250-020

Por favor, leia com atenção as informações abaixo:

Eu, Dr^a. Rachel Souza de Queiroz Varella, médica anestesiológica do Instituto Fernandes Figueira, gostaria de pedir sua participação voluntária na pesquisa: “Aplicação da escala de McGill na avaliação da dor no pós-operatório de cesariana”, sob a orientação do Prf^o. Dr^o. Marcos Augusto Bastos Dias, para a minha dissertação de mestrado a ser defendida no Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz.

Sua participação será responder a um questionário (Questionário da Dor de McGill) sobre a dor que você está sentindo agora, no pós-operatório da cesariana, cirurgia que realizou para o nascimento do seu bebe. Este questionário é bastante utilizado no mundo para avaliar a dor pós-operatória. Será realizado uma entrevista no alojamento conjunto, em um local reservado e no horário mais apropriado para você, resguardando sua individualidade e privacidade.

As suas respostas nos ajudarão a conhecer a dor e poder oferecer os melhores métodos para melhorar ou até mesmo eliminar a dor sentida no pós-operatório. Todos os seus dados e informações serão mantidos em segredo.

A sua participação neste estudo é voluntária. Porém se você tiver menos de que 21 anos completos será necessária a autorização de seus pais ou responsável. Se você e/ou responsável não quiserem participar desta pesquisa, o atendimento prestado será realizado normalmente, com a mesma atenção e cuidado, pelos profissionais da maternidade.

Se estiver participando da pesquisa, você terá direito a qualquer momento de saber como está o andamento da mesma e também de pedir que saia da pesquisa, mesmo após ter concordado em participar.

Caso concorde em participar, estará autorizando também, que consultemos seu prontuário médico e cartão de pré-natal. A ficha de avaliação utilizada na pesquisa será identificada por código numérico específico, com a finalidade de impedir a identificação das pessoas participantes. Desta forma, mesmo que os resultados desta pesquisa sejam publicados e/ou divulgados em revistas, jornadas, congressos, etc., a sua identidade jamais será divulgada.

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar voluntariamente desta pesquisa. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a esse estudo e que todas as minhas perguntas e dúvidas foram claramente respondidas pela pesquisadora.

Assinatura (entrevistada)

Assinatura (pesquisadora)

Eu, _____, responsável pela menor de 21 anos, _____, autorizo voluntariamente a sua participação nesse estudo. Declaro que li e entendi todas as informações referentes a esse estudo e que todas as minhas perguntas e dúvidas foram claramente respondidas pela pesquisadora.

Assinatura (responsável)

Rio de Janeiro, ____/____/____.

- Caso necessite de mais esclarecimentos ou outras providências a respeito desta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) pelo telefone 2554-1730, enviar um fax para o número 2552-8491 ou e-mail para cepiff@iff.fiocruz.br. Você poderá entrar em contato também, diretamente com a pesquisadora, Dr^a. Rachel Souza de Queiroz Varella, pelos telefones 2554-1810/2554-1812 ou por e-mail rachelvarella@yahoo.com.br.



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Fernandes Figueira
Pós-Graduação em saúde da Criança e da Mulher

**AVALIAÇÃO DA DOR NO PÓS-OPERATÓRIO DE CESARIANA
ATRAVÉS DA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE DOR DE
MCGILL**

Rachel Souza de Queiroz Varella

Rio de Janeiro
Outubro/ 2011