

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**NATÁLIA DE CARVALHO BORGES**

**DOR PÓS-OPERATÓRIA EM MULHERES SUBMETIDAS À CESARIANA:  
INCIDÊNCIA, QUALIDADE, INTENSIDADE E FATORES PREDITORES**

**GOIÂNIA, 2015**

## TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

**1. Identificação do material bibliográfico:**  Dissertação  Tese

### 2. Identificação da Tese ou Dissertação

Autor (a):	Natália de Carvalho Borges	
E-mail:	<a href="mailto:nataliacb.enf@gmail.com">nataliacb.enf@gmail.com</a>	
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Vínculo empregatício do autor		
Agência de fomento:	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás	Sigla: FAPEG
País: Brasil	UF: GO	CNPJ:
Título:	Dor pós-operatória em mulheres submetidas à cesariana: incidência, qualidade, intensidade e fatores preditores	
Palavras-chave:	Dor; Dor pós-operatória; Cesariana; Intensidade de dor; Medição da dor	
Título em outra língua	Postoperative incidence, characteristics and predictors for post-cesarean section pain	
Palavras-chave em outra língua:	Pain; Postoperative pain; Cesarean section; Pain intensity; Pain Measurement	
Área de concentração:	A Enfermagem no cuidado à saúde humana	
Data defesa: (dd/mm/aaaa)	08/07/2015	
Programa de Pós-Graduação:	Faculdade de Enfermagem da UFG	
Orientador (a):	Lilian Varanda Pereira	
E-mail:	<a href="mailto:lilianvaranda7@gmail.com">lilianvaranda7@gmail.com</a>	
Co-orientador (a):*	Não	

\*Necessita do CPF quando não constar no SisPG

### 3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento  SIM  NÃO

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) autor (a)

**NATÁLIA DE CARVALHO BORGES**

**DOR PÓS-OPERATÓRIA EM MULHERES SUBMETIDAS À CESARIANA:  
INCIDÊNCIA, QUALIDADE, INTENSIDADE E FATORES PREDITORES**

*Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação da Faculdade de  
Enfermagem da Universidade Federal de  
Goiás para a obtenção do título de Mestre em  
Enfermagem.*

**Área de concentração:** A Enfermagem no cuidado à saúde humana

**Linha de pesquisa:** Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica para o cuidar em saúde e enfermagem

**Orientador:** Dra Lílian Varanda Pereira

GOIÂNIA, 2015

Ficha catalográfica elaborada automaticamente  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a), sob orientação do Sibi/UFG.

Borges, Natália de Carvalho

Dor pós-operatória em mulheres submetidas à cesariana [manuscrito] :  
incidência, qualidade, intensidade e fatores preditores / Natália de  
Carvalho Borges. - 2015.

CIV , 104 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Lilian Varanda Pereira.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade  
de Enfermagem (FEN) , Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,  
Goiânia, 2015.

Bibliografia. Anexos. Apêndice.

Inclui siglas, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista de  
tabelas.

1. Dor. 2. Dor pós-operatória. 3. Cesariana. 4. Intensidade de dor. 5.  
Medição da dor. I. Pereira, Lilian Varanda, orient. II. Título.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

NATÁLIA DE CARVALHO BORGES

DOR PÓS-OPERATÓRIA EM MULHERES SUBMETIDAS À CESARIANA: INCIDÊNCIA,  
QUALIDADE, INTENSIDADE E FATORES PREDITORES

*Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação da Faculdade de  
Enfermagem da Universidade Federal de  
Goiás para a obtenção do título de Mestre em  
Enfermagem.*

Aprovada em 08 de Julho de 2015.

BANCA EXAMINADORA:

---

Professora Doutora LILIAN VARANDA PEREIRA  
Presidente da Banca  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

---

Professora Doutora NILZA ALVES MARQUES ALMEIDA  
Membro Efetivo, Externo ao Programa  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

---

Professora Doutora DÁLETE DELALIBERA CORRÊA FARIA DE MOTA  
Membro Efetivo  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

---

Professora Doutora MARIA MÁRCIA BACHION  
Membro Suplente  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

---

Professora Doutora VANESSA DA SILVA CARVALHO VILA  
Membro Suplente, Externo ao Programa  
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS

## **DEDICATÓRIA**

À minha família.

## *Agradecimentos*

*Agradeço ao Senhor, por me possibilitar a vivência de experiências tão enriquecedoras;*

*Agradeço aos meus pais, que se dedicam ao alcance dos meus sonhos;*

*Agradeço ao meu esposo, o grande companheiro da minha vida. Com sua contínua motivação, dedicação e carinho, estou hoje concluindo esta etapa. A vitória é nossa.*

*Agradeço à minha orientadora. Exemplar pessoa, professora e enfermeira. Obrigada por me possibilitar aprender tanto;*

*Agradeço os professores da FEN, grandes mestres que despertam em nós o interesse pela busca do conhecimento e a vontade de compartilhá-lo;*

*Agradeço à equipe de pesquisa da qual faço parte. Cada um, com sua contribuição, tornou este trabalho possível, e*

*Agradeço a cada mulher participante desta pesquisa que, mesmo em um momento ímpar de sua vida, doou seu tempo e compartilhou informações pessoais conosco, visando contribuir na melhora da prevenção e alívio da dor de futuras puérperas.*

Esta pesquisa está inserida no Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tecnologias de Avaliação, Diagnóstico e Intervenção de Enfermagem e Saúde (NUTADIES).

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....</b>	<b>10</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>11</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....</b>	<b>12</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>13</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>14</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>15</b>
<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>21</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA</b>	
3.1 Dor pós-operatória.....	22
3.2 Fatores preditores de dor pós-operatória.....	24
3.2.1 Ansiedade.....	25
3.2.2 Depressão.....	28
3.2.3 Idade.....	30
3.2.4 Sexo e gênero.....	31
3.2.5 Escolaridade.....	32
3.2.6 Duração da cirurgia.....	33
3.2.7 Modalidade anestésica.....	33
3.2.8 Dor pré-operatória.....	35
3.2.9 Paridade.....	36
3.3 Panorama atual da cesariana no Brasil.....	36
<b>4 METODOLOGIA</b>	

4.1 Tipo de estudo.....	40
4.2 Local e período do estudo.....	40
4.3 Amostra.....	40
4.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	40
4.5 Variáveis do estudo.....	41
4.5.1 Variável de desfecho.....	41
4.5.2 Variáveis Preditoras.....	41
4.6 Coleta de dados.....	43
4.6.1 Procedimentos da coleta de dados.....	43
4.6.2 Instrumentos de medida utilizados.....	45
4.7 Estudo Piloto.....	46
4.8 Análise dos dados.....	46
4.9 Aspectos Éticos e Legais.....	47
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>48</b>
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>57</b>
<b>7 CONCLUSÕES.....</b>	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>69</b>

## **APÊNDICES**

Apêndice 1 – Instrumento de Coleta de Dados

Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Apêndice 3 – Termo de Assentimento

## **ANEXOS**

Anexo 1 – Parecer consubstanciado CEP

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1:</b> Potenciais fatores preditores de dor pós-operatória.....	25
<b>Figura 2:</b> Proporção de partos cesáreos no Brasil e em Goiás – 1994 a 2011.....	38
<b>Figura 3:</b> Fluxograma do estudo “Dor pós-operatória em mulheres submetidas à cesariana: incidência, qualidade, intensidade e fatores preditores”. Goiânia - FEV 2014 - MAIO 2015 .....	45
<b>Figura 4:</b> Distribuição da frequência de escolha dos descritores de dor e dos escores atribuídos à magnitude de cada sensação do MPQ-SF. Goiânia - FEV 2014 - MAIO 2015.....	54
<b>Quadro 1:</b> Variáveis sociodemográficas.....	42
<b>Quadro 2:</b> Classificação das variáveis clínicas e hábitos de vida.....	43
<b>Quadro 3:</b> Classificação das variáveis cirúrgicas.....	43

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Características socioeconômicas e demográficas das mulheres submetidas à cesariana. Goiânia - FEV 2014 - MAIO 2015.....	49
<b>Tabela 2:</b> Características clínicas e hábitos de vida das mulheres submetidas à cesariana. Goiânia - FEV 2014 - MAIO 2015.....	50
<b>Tabela 3:</b> Características psicológicas das mulheres submetidas à cesariana. Goiânia - FEV 2014 - MAIO 2015.....	51
<b>Tabela 4:</b> Características da analgesia intraoperatória e realização de esterilização tubárea em mulheres submetidas à cesariana. Goiânia - FEV 2014 - MAIO 2015.....	52
<b>Tabela 5:</b> Características da dor pós-operatória entre as mulheres submetidas à cesariana eletiva. Goiânia - FEV 2014 - MAIO 2015.....	53
<b>Tabela 6:</b> Potenciais fatores preditores da dor pós-operatória $\geq 5$ (moderada, forte ou pior possível), segundo as características clínicas e cirúrgicas de mulheres submetidas à cesariana. Goiânia - FEV 2014 - MAIO 2015.....	55
<b>Tabela 7:</b> Fatores preditores da dor pós-operatória de intensidade $\geq 5$ (moderada, forte ou pior possível), segundo as características clínicas e cirúrgicas de mulheres submetidas à cesariana. Goiânia - FEV 2014 - MAIO 2015.....	56

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
AINE	Anti-inflamatório Não Esteroidal
ASA	Sociedade Americana de Anestesiologia
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
END	Escala Numérica de Dor
FAPEG	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale (Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão)
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
MPQ-SF	McGill Pain Questionnaire – Short Form (Questionário de Dor de McGill – Forma Reduzida)
OR	Odds Ratio (razão de chances)
POI	Pós-operatório imediato
IASP	International Association for the Study of Pain (Associação Internacional do Estudo da Dor)
IC	Intervalo de Confiança
SNC	Sistema Nervoso Central

## RESUMO

A dor pós-operatória é um evento frequente, multidimensional e influenciado por fatores bio-psico-sociais. Pouco ainda se conhece sobre a dor após a cesariana, uma das cirurgias mais praticadas na atualidade, que exige rápida recuperação e é realizada em um momento da vida da mulher em que ocorrem diversas mudanças de ordem física e emocional. O objetivo deste estudo foi estimar a incidência, as características e os fatores preditores de dor pós-operatória de intensidade moderada, forte e pior possível em mulheres submetidas à cesariana. Trata-se de análise de dados parte de um estudo de coorte prospectiva, conduzido em um hospital particular do Município de Goiânia, Brasil, entre fevereiro de 2014 e maio de 2015, com amostra de 947 mulheres submetidas à cesariana. Os dados foram coletados no período pré e pós-operatório imediatos. A variável de desfecho foi a dor pós-operatória de intensidade moderada, forte e pior possível ( $\geq 5$  na Escala Numérica de 0-10). As variáveis preditoras incluíram as sociodemográficas e clínicas. A intensidade da dor foi avaliada por meio da Escala Numérica de Dor de 11 pontos (END), em que 0(zero)=sem dor; 1,2,3, e 4=dor leve; 5 e 6=dor moderada; 7, 8 e 9=dor forte e 10=pior dor possível; e a qualidade pelo Questionário de Dor de McGill (MPQ-SF). A Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) foi usada para investigar sintomas de ansiedade e depressão e o IDATE-traço, para sintomas de ansiedade. Para a análise estatística, foram utilizados os testes qui-quadrado, teste t e análise de regressão multivariada. A média de idade das mulheres foi de 25,3 anos (dp=5,7). Prevaleram as casadas (43,9%) e que haviam concluído o ensino médio (50,3%). Todas as mulheres foram submetidas à raquianestesia, com uso de bupivacaína pesada 0,5% e morfina. A incidência de dor pós-operatória foi de 92,2% (IC:95%:90,0%-93,9%) e a incidência de mulheres que referiram dor de intensidade moderada, forte e pior possível foi de 79,2% (CI:95%:76,5%-81,6%). Os descritores mais frequentemente escolhidos para caracterizar a dor foram “dolorida”, “dolorida à palpação” e “latejante”, do agrupamento sensitivo-discriminativo do MPQ-SF. Emergiram como fatores preditores de dor pós-operatória de intensidade moderada, forte e pior possível a realização de esterilização tubária em conjunto com a cesariana (OR: 2,26; 1,12-4,57), a duração da cirurgia acima de 30 minutos (OR: 1,26; 1,11-2,18), presença de dor pré-operatória (OR: 1,54; 1,05-2,26) e níveis médios e elevados de ansiedade-traço (OR:1,50;1,04-2,09). A realização de cesariana mostrou ser um fator de proteção para dor pós-operatória (OR: 0,65; 0,46-0,92). Dor pós-operatória de elevada intensidade é um evento altamente frequente entre mulheres submetidas à cesariana, descrita por meio de palavras que indicam a multidimensionalidade da dor. A avaliação perioperatória das mulheres deve incluir os comportamentos negativos como a ansiedade, a presença de dor pré-operatória e a realização de cirurgias que demandam maior tempo de exposição e manipulação de tecidos, com vistas à redução de prejuízos na recuperação pós-operatória.

**Palavras-chave:** Dor; Dor pós-operatória; Cesariana; Intensidade de dor; Medição da dor

## ABSTRACT

Postoperative pain is a frequent and multidimensional event, which is influenced by biopsychosocial factors. Little is known about pain after cesarean section, currently one of the most practiced surgeries, which requires a rapid recovery and is held at a time of a woman's life in which various physical and emotional changes occur. The aim of this study was to estimate the incidence, characteristics and predictive factors for moderate, strong and worst pain post-cesarean section. This is the data analysis part from the prospective cohort study, conducted in a private hospital in the municipality of Goiânia, Brazil, between February 2014 and May 2015, with a sample of 947 women that had undergone cesarean section. Data were collected at the pre and immediate postoperative moments. The outcome variable was postoperative pain of moderate, strong and worst intensity ( $\geq 5$  on a numerical scale from 0-10). The predictor variables included sociodemographic and clinical factors. The intensity of the pain were assessed through the Numeric Pain Rating Scale of 11 points (NPS), where zero (0)=no pain; 1,2,3 and 4=mild pain; 5 and 6=moderate pain; 7, 8 and 9=severe pain and 10=worst possible pain; and pain quality through the McGill Pain Questionnaire (MPQ-SF). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used to investigate symptoms of anxiety and depression and the STAI-trait for anxiety symptoms. For the statistical analysis, the chi-square test, t-test and multivariate regression analysis were used. The mean age of the women was 25.3 years (sd=5.7). Married women (43.9%) and those that had completed high school (50.3%) were prevalent. All the women underwent spinal anesthesia with the use of heavy bupivacaine 0.5% and morphine. The incidence of postoperative pain was 92.2% (CI: 95%:90.0%-93.9%) and the incidence of women who reported pain of moderate, strong and worst intensity was de 79,2%(CI:95%:76,5%-81,6). The descriptors most frequently chosen to characterize the pain were "aching", "tender" and "throbbing", from the sensory-discriminative category of the MPQ-SF. Performing tubal sterilization together with the cesarean section (OR: 2.26; 95%CI 1.12-4.57), duration of surgery over 30 minutes (OR 1.26; 95%CI 1.11-2.18), presence of preoperative pain (OR: 1.54; 95%CI 1.05-2.26) and medium and high levels of trait anxiety (OR: 1.50; 95%CI 1.04-2.09) emerged as predictors of postoperative pain of moderate, strong and worst intensity. The performance of previous cesarean sections emerged as a protective factor for postoperative pain (OR: 0.65; 95%CI 0.46-0.92). High intensity postoperative pain is a highly frequent event in women undergoing cesarean section, described in words that indicate the multidimensionality of the pain. The perioperative evaluation of women should include negative behaviors such as anxiety, the presence of preoperative pain and the performance of surgeries that require greater exposure and manipulation of tissues, in order to reduce impairments in post-operative recovery.

**Key words:** Pain; Postoperative pain; Cesarean section; Pain intensity; Pain Measurement

## RESUMEN

El dolor pos operatorio es un caso frecuente, multidimensional e influenciado por factores bio-psico-sociales. Aun se sabe poco sobre el dolor después de una cesárea, una de las cirugías mas practicadas en la actualidad, que exige una rápida recuperación y es realizada en un momento de la vida de la mujer en que ocurren diversos cambios de orden físico y emocional. El objetivo de este estudio fue estimar la incidencia, características y los factores que predicen el dolor pos operatorio de intensidad moderada, fuerte y peor posible en mujeres sometidas a cesárea. Se trata del análisis de datos de un estudio de cohorte prospectiva, realizado en un hospital privado del Municipio de Goiânia, Brasil, entre febrero del 2014 y mayo del 2015, con una muestra de 947 mujeres sometidas a cesárea. Los datos fueron colectados durante el periodo pre y post cirugía inmediatos. La variable de desenlace fue el dolor pos-cirugía de intensidad moderado, fuerte o peor posible ( $\geq 5$  en la escala numérica de 0-10) Las variables predictorias incluyeron las sociodemograficas y clinicas. La intensidad y tipo del dolor fueron evaluados por medio de la Escala Numérica del Dolor de 11 puntos (END), em que 0(cero)=sin dolor; 1,2,3 e 4= dolor leve; 5 y 6=dolor moderado; 7, 8 y 9=dolor fuerte e 10=peor dolor posible; y la calidad por el Test de Dolor de McGill (MPQ-SF). La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) fue usada para investigar los síntomas de la ansiedad y la depresión y el IDATE-rasgo a los síntomas de ansiedad. Para el análisis estadístico, fueron utilizados los testes chi-cuadrado, teste t y análisis multivariada. La edad media de las mujeres era de 25,3 años (DP=5,7). Prevalcieron las casadas (43,9%) e que habian completado la escuela secundaria (50,3%). Todas las mujeres fueron sometidas a anestesia raquidea, con el uso de bupivacaína pesado 0,5% y morfina. La incidencia del dolor pos-operatorio fue de 92,2% (IC: 95%:90,0%-93,9%) y la incidencia de mujeres que reportaron dolor de intensidad moderada, fuerte y el peor posible fue de 79,2%(CI:95%:76,5%-81,6). Los descriptores más frecuentes escogidos para caracterizar el dolor fueron: “dolorosa”, “dolorida à palpación” e “palpitante”, del grupo sensorial-discriminativo del MPQ-SF. Surgieron como factores predictores del dolor pos-operatorio de intensidad moderada, fuerte y peor posible la realización de esterilización en conjunto con la cesárea (OR: 2,26; IC95% 1,12-4,57), la duración de la cirugía por más de 30 minutos (OR: 1,26; IC95% 1,11-2,18), presencia del dolor pre-operatorio (OR: 1,54; IC95% 1,05-2,26) y los niveles medios y altos de ansiedade-rasgo (OR: 1,50; IC95% 1,04-2,09). La realización de cesárea previa surgió como un factor de protección para el dolor pos operatorio (OR: 0,65; IC95% 0,46-0,92). Dolor post-cirugía de alta intensidad es un evento altamente frecuente entre mujeres sometidas a cesárea, descrito por medio de palabras que indican la multidimensionalidad del dolor. La evaluación perioperatoria de las mujeres debe incluir los comportamientos negativos como la ansiedad, la presencia de dolor pre-cirugía y la realización de cirugías que requieren una exposición más larga y la manipulación de los tejidos, con el fin de reducir las pérdidas en la recuperación post-operatoria.

**Palabras clave:** Dolor; Dolor postoperatorio; Cesárea; Intensidad del dolor; Dimensión del Dolor

## **APRESENTAÇÃO**

Esta dissertação faz parte do estudo multidisciplinar intitulado: “Cronificação da dor pós-operatória em uma coorte de mulheres brasileiras submetidas à cesariana”, cujo propósito é contribuir na produção de evidências sobre a magnitude do problema dor no período pós-operatório imediato, mediato e tardio, e os fatores que influenciam a ocorrência e persistência dessa experiência em mulheres que trazem seus filhos à luz, por meio dessa metodologia de parto. A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás financia a pesquisa, resposta à Chamada Pública PPSUS/GO-FAPEG/MS/CNPq 12/13.

Esta dissertação tem o propósito de estudar a dor no período pós-operatório imediato e foi apresentada na forma tradicional. A revisão da literatura explorou os temas: dor pós-operatória, fatores preditores de dor pós-operatória e panorama atual da cesariana no Brasil.

## 1 INTRODUÇÃO

A dor pós-operatória, frequentemente, é do tipo nociceptiva, ou seja, decorrente de lesão em tecidos ou órgãos, cujos estímulos nociceptivos são percebidos como dolorosos (WARD, 2014). Quando há lesão direta de nervos ou mesmo estiramento ou compressão, a dor neuropática também pode estar presente (LOOS; SCHELTINGA; ROUMEN, 2008).

Esse tipo de dor é comum em todo o mundo. Nos Estados Unidos, cerca de 80,0% dos pacientes sentem dor após o procedimento cirúrgico e desses, 86,0% têm dor moderada, severa ou extrema (APFELBAUM *et al.*, 2003). Estudo realizado na Suécia encontrou incidência de dor pós-operatória de 55,0%, de intensidade maior que quatro (0-10) em 48 horas após a cirurgia (ROSEN *et al.*, 2011).

Pesquisas realizadas no Brasil estimaram incidência de dor pós-operatória de 75,7%, sendo que em 27,3% dos casos, ela foi avaliada como intensa (SANTOS *et al.* 2014); e, no estudo de Couceiro *et al.* (2009), 46,0% dos pacientes relataram esse tipo de dor e desses, 27,1% relataram senti-la forte.

Maior preocupação com a dor pós-operatória relaciona-se a cirurgias muito comuns, como a cesariana. Atualmente, essa cirurgia está entre as mais frequentes em mulheres em idade fértil (BEIRANVAND *et al.*, 2014) e requer atenção, por estar associada às expressivas mudanças hormonais e emocionais relacionadas à gravidez e chegada do bebê (PAN *et al.*, 2006), dada a complexidade e subjetividade da experiência dolorosa (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2011).

Um estudo de coorte, desenvolvido por Sng (2009), com 857 mulheres submetidas à cesariana, em Cingapura, apontou incidência de dor no pós-operatório imediato de 77,4%.

Outra pesquisa, de caráter retrospectivo, conduzida na Dinamarca, com 220 mulheres submetidas ao parto cesáreo, demonstrou que 46,8% das mulheres relataram ter sentido muita dor nas 24 horas que se sucederam à cirurgia (NIKOLAJSEN *et al.*, 2004).

No Brasil, verifica-se elevada incidência de dor após a cesariana. Estudo realizado em uma maternidade pública, no estado de São Paulo, revelou incidência de dor dinâmica

(ao sentar e levantar) de 100%, com média dos escores de intensidade igual a 6,9, mensurada pela Escala de Categoria Numérica de 0-10 (SOUSA *et al.*, 2009).

Vale ressaltar que a incidência de dor pós-operatória apresentada pelos estudos é obtida após analgesia. A incidência real (dor não tratada) pode nunca vir a ser conhecida, uma vez que não seria ético realizar pesquisas permitindo, deliberadamente, que alguns pacientes sintam dor após uma cirurgia (ASA, 2012).

A dor pós-operatória não tratada adequadamente pode oferecer diversos riscos à saúde do indivíduo. Entre os efeitos prejudiciais estão incluídas as alterações neuroendócrinas que envolvem respostas da hipófise e glândulas adrenais, que podem trazer repercussões negativas em diferentes sistemas do organismo, como o cardiovascular, respiratório e gastrointestinal, além de efeitos, também, sobre o sistema nervoso central (SNC) (IASP, 2010).

Além dos prejuízos que a dor pós-operatória pode causar na população em geral, a dor sentida por mulheres submetidas à cesariana pode prejudicar, inclusive, a capacidade das mesmas de cuidarem de seus bebês, as primeiras interações mãe-filho e a capacidade da puérpera amamentar de forma eficaz (GADSDEN; HART; SANTOS, 2005).

A gestão da dor após a cesariana apresenta um desafio adicional devido ao risco de exposição do bebê às drogas analgésicas, por meio do leite materno e também à maior necessidade de autonomia e mobilidade precoce para cuidar do recém-nascido (LAVAND'HOMME, 2006; ORBACH-ZINGER *et al.*, 2014).

A longo prazo, a dor pós-operatória de elevada intensidade também é fator preditor para a sua cronificação (VANDENKERKHOF; PETERS; BRUCE, 2013), ou seja, aquela dor pós-operatória que persiste por dois meses ou mais após a cirurgia (MACRAE, 2008).

A dor, enquanto experiência subjetiva, de caráter sensitivo e emocional desagradável (IASP, 2012), pode ser influenciada por diversos fatores. Pacientes submetidos ao mesmo tratamento cirúrgico, recebendo os mesmos medicamentos para alívio da dor, podem relatar diferentes intensidades dessa no período pós-operatório (KHAN *et al.*, 2011). Diante disso, vários estudos têm sido realizados a fim de conhecer os fatores que influenciam a experiência dolorosa após uma cirurgia (COHEN; FOULADI; KATZ, 2005; POTTER *et al.*, 2014; SOMMER *et al.*, 2009).

Atualmente, evidências têm sido produzidas sobre os fatores que podem influenciar/modificar a resposta dor pós-operatória. Esses fatores podem ser classificados em sociodemográficos, cirúrgicos, psicológicos e clínicos.

Entre os aspectos sociodemográficos, evidências são encontradas sobre a idade, mostrando que indivíduos mais jovens referem maiores níveis de dor após a cirurgia (ENE *et al.*, 2008; LIU *et al.*, 2012). A influência do sexo também tem sido investigada e os resultados das pesquisas apontam que as mulheres relatam sentir dor de maior intensidade no pós-operatório, quando comparadas aos homens (AUBRUN *et al.*, 2005; HUSSAIN *et al.*, 2013). A influência da escolaridade tem sido pobremente investigada, e os achados disponíveis são conflituosos (CAUMO *et al.*, 2002; CHIA *et al.*, 2002; TAENZER; MELZACK; JEANS, 1986).

Os fatores cirúrgicos que têm recebido destaque, devido à associação significativa com a intensidade da dor pós-operatória, incluem o tempo de duração da cirurgia (MEI *et al.*, 2010; RASCHKE *et al.*, 2014) e o emprego da anestesia geral (DE ROJAS; SYRE; WELCH, 2014; KETTNER; WILLSCHKE; MARHOFER, 2011).

Devido ao caráter subjetivo da dor, a influência de fatores psicológicos, como ansiedade (KAUNISTO *et al.*, 2013; KIM; KIM; MYOUNG, 2011) e depressão (GOEBEL *et al.*, 2013; RAKEL *et al.*, 2012), também tem sido estudada.

Outra questão que merece destaque, por intensificar a experiência dolorosa após uma cirurgia, é a presença de dor pré-operatória (DESAI; CHEUNG, 2012; INHESTERN *et al.*, 2014; LIU *et al.*, 2012; SOMMER *et al.*, 2009), sendo a sensibilização pré-existente dos neurônios da medula espinhal responsável por essa resposta (SCHOLZ; WOOLF, 2002).

Diante do crescente aumento das taxas de cesariana identificado mundialmente, das evidências disponíveis na literatura científica atual, que convergem para a possibilidade de vulnerabilidade aumentada à dor pós-operatória entre mulheres submetidas à cesariana, das lacunas no conhecimento sobre a dor pós-operatória vivenciada por este grupo de pessoas e, por fim, dos prejuízos à saúde ocasionados pela dor pós-operatória intensa, este estudo foi desenvolvido e tem como propósito contribuir na produção de evidências científicas sobre a extensão do problema dor pós-operatória, suas características e fatores preditores.

Estudos que buscaram tais evidências são escassos, frequentemente, contam com amostras reduzidas e exploram pequena parte da gama de fatores que podem influenciar a experiência dolorosa que, por suas características, é multideterminada (BUHAGIAR *et al.*, 2011; HARDY-FAIRBANKS *et al.*, 2013; PAN *et al.*, 2006; PAN *et al.*, 2013) São ainda mais escassos os estudos que investigam aspectos relacionados à emoção, como ansiedade e depressão, variáveis que podem desempenhar papel relevante na resposta dor, em mulheres submetidas à cesariana, devido modificações próprias do período gestacional.

Ademais, os resultados do estudo podem apontar pontos de penetração para a implementação de estratégias que visem à prevenção dos riscos à saúde associados à dor pós-operatória, como a cronificação dessa dor.

Esperamos que os resultados deste estudo contribuam na formação do profissional enfermeiro, com respeito aos aspectos que devem ser especialmente considerados na assistência à mulher com dor, com vistas à implementação de ações preventivas e curativas que reduzam/previnam prejuízos à saúde materna.

## **2 OBJETIVOS**

- 1) Estimar a incidência de dor pós-operatória em mulheres submetidas à cesariana.
- 2) Mensurar a intensidade da dor pós-operatória em mulheres submetidas à cesariana.
- 3) Identificar os descritores mais utilizados para descrever a dor pós-operatória em mulheres submetidas à cesariana.
- 4) Investigar associações entre dor pós-operatória de intensidade moderada, forte e pior possível com variáveis socioeconômicas, demográficas e clínicas em mulheres submetidas à cesariana.

## 3 REVISÃO DA LITERATURA

### 3.1 Dor pós-operatória

A dor pós-operatória, advinda de lesão tecidual que desencadeia uma série de alterações ou modulações nas vias de transmissão periférica e central da dor, deve ser conhecida, em seus mecanismos básicos, por profissionais que tratam o paciente no perioperatório. Na gênese da dor, estímulos nocivos ou dolorosos são detectados por terminações periféricas livres de nervos que, em conjunto, são chamados nociceptores. Os terminais periféricos desses nociceptores atuam como transdutores, convertendo energia química, mecânica ou térmica em atividade elétrica que é então conduzida para o corno posterior da medula espinhal (DAHL; MOINICHE, 2004).

A lesão tecidual, em nível periférico, resulta em resposta inflamatória com liberação de substâncias algogênicas (substância P, prostaglandinas, serotonina, bradicinina e histamina) (DAHL; MOINICHE, 2004). Essas substâncias levam à sensibilização periférica, ou seja, ao aumento na responsividade dos neurônios à estimulação normal ou recrutamento de uma resposta a estímulos normalmente abaixo do limiar de dor (IASP, 2012).

Essa sensibilização dos nociceptores ocasiona hiperalgesia, isto é, uma resposta exagerada aos estímulos dolorosos que ocorre na região limitada da lesão (hiperalgesia primária) e na área perilesional (hiperalgesia secundária). Somando a esses eventos, uma série de nociceptores aferentes não sensível a estímulos térmicos e mecânicos intensos, passa a ser responsiva quando sensibilizada, a qual é chamada de nociceptores silentes (WOOLF, 1989).

Além das substâncias algogênicas, pesquisas têm encontrado concentração maior de lactato em feridas operatórias, o que pode contribuir para a ocorrência da dor por meio da ativação de nociceptores por diminuição do pH tecidual (KIM *et al.*, 2007).

O SNC possui a capacidade de sofrer mudanças funcionais e estruturais, mecanismo denominado de plasticidade, em que podem ocorrer adaptações favoráveis ou não (CODERRE *et al.*, 1993). A intensa transmissão de sinais nociceptivos aos neurônios do SNC leva a alterações prolongadas na responsividade desses neurônios (sensibilização central), de forma que sinais nociceptivos são amplificados (hiperalgesia)

e sinais não nociceptivos são interpretados como dolorosos (alodinia). Essa sensibilização pode durar mais que os estímulos que a desencadeiam, caracterizando a “memória de dor” (DAHL; MOINICHE, 2004).

No período pós-operatório imediato, com a ativação direta de nociceptores, presença de inflamação e, em alguns casos, lesão de nervos, o quadro clínico é caracterizado por dor espontânea e do tipo *breakthrough*<sup>1</sup>, no local da cirurgia e nos tecidos circundantes. Movimentação ou toque na região perilesional, respiração, tosse e motilidade gastrointestinal podem evocar as crises de dor (KEHLET; JENSEN; WOOLF, 2006).

Embora a dor seja previsível no período pós-operatório, o manejo inadequado dessa experiência é comum e pode ter repercussões negativas (APFELBAUM *et al.*, 2003), como as hemodinâmicas, aumento da atividade cardíaca e do consumo de oxigênio por esse órgão, retenção hídrica, aumento do catabolismo proteico e hiperglicemia (VALVERDE FILHO *et al.*, 2009).

No período pós-operatório estímulos nociceptivos ainda podem inibir a atividade do trato urinário, reduzir a motilidade intestinal e também a resposta imune (ALVES NETO *et al.*, 2009; PIMENTA *et al.*, 2001).

Observamos, portanto, que o controle da dor no pós-operatório é essencial na recuperação dos pacientes. Porém, existem razões adicionais para oferecer um manejo adequado da dor em mulheres submetidas à cesariana. Nesse grupo de pacientes, há um risco maior para o desenvolvimento de doença tromboembólica, devido a alterações próprias da gravidez. Assim, é essencial o controle da dor para que elas possam movimentar-se precocemente, evitando a ocorrência de tromboembolismo. Além disso, há a necessidade de a mulher promover cuidados ao recém-nascido e, na presença de dor, essas atividades podem ficar prejudicadas.(GADSDEN; HART; SANTOS, 2005).

Ademais, durante a gestação, ocorrem adaptações hemodinâmicas também características desse período. Entre essas alterações, destaca-se o aumento progressivo do débito cardíaco que tem seu ápice no pós-parto imediato (ZUGAIB, 2008). Acreditamos que essa condição, somada ao risco de desenvolvimento de alterações

---

<sup>1</sup> Escape de dor em pacientes com dor basal já sendo tratada e adequadamente controlada.

hemodinâmicas adicionais em situação de dor, expõem a mulher à possibilidade aumentada de sofrer agravos cardiovasculares.

Primo *et al.* (2011) verificaram que o uso de técnicas de relaxamento para controle de ansiedade e estresse, em puérperas, esteve associado ao aumento significativo nos níveis de Imunoglobulina A (IgA), importante fator de defesa anti-infeccioso transmitido pelo leite materno ao recém-nascido. Uma vez que dor e ansiedade estão intimamente relacionadas, conjectura-se que a presença de dor após o parto cesáreo, por aumentar os níveis de estresse e ansiedade, possa comprometer a disponibilidade de IgA a ser transferida ao recém-nascido por meio da amamentação, tornando-os mais propensos a processos infecciosos.

Além desses riscos, a dor pós-operatória não tratada adequadamente predispõe ao desenvolvimento de dor pós-operatória persistente (KEHLET; JENSEN; WOOLF, 2006; MACRAE, 2008; SILVER, 2010). Estudo realizado por Eisenach *et al.* (2008) apontou que dor aguda severa, no pós-parto (seja parto vaginal ou cesáreo), aumenta duas vezes e meia, o risco de dor persistente e três vezes o risco de depressão pós-parto, quando comparada à dor leve.

### **3.2 Fatores preditores de dor pós-operatória**

A dor é uma experiência complexa e subjetiva, assim, diversos fatores podem influenciar na percepção dolorosa, conforme ilustra a Figura 1. Fatores cirúrgicos, tais como tipo de cirurgia, anestesia e analgesia intuitivamente influenciam o fenômeno doloroso (KHAN *et al.*, 2011). No entanto, pacientes submetidos a tratamentos cirúrgicos semelhantes requerem concentração plasmática diferente de opioides que pode variar em torno de cinco vezes. Dessa forma, surge a interrogação sobre a possibilidade de outros componentes estarem envolvidos na resposta dor como os cognitivos, emocionais sociodemográficos e clínicos (IP *et al.*, 2009; SOMMER *et al.*, 2009).



**Figura 1** – Potenciais fatores preditores de dor pós-operatória.

### 3.2.1 Ansiedade

A ansiedade é considerada como emoção secundária em resposta à reação emocional primária. Em outras palavras, a ansiedade é uma resposta a uma ameaça potencial, enquanto o medo é uma resposta a uma ameaça que está presente. (BARLOW, 2002; MACDONALD; FEIFEL, 2014).

Objetivando revisar conceitos relacionados ao estresse, por meio de busca na literatura, Bacion *et al.* (1998) situam a ansiedade como uma resposta ao estresse, em que o agente estressor, num processo inconsciente, está obscurecido.

Os seres humanos, cotidianamente, vivenciam algum grau de ansiedade que pode ser compreendido como um nervosismo sem causa. A ansiedade, em grau mais leve, pode tornar o indivíduo mais alerta, física e mentalmente, porém, em grau elevado, pode torná-lo incapaz de reagir ou mesmo levá-lo a reações aparentemente irracionais (BACHION *et al.*, 1998).

Spielberger, psicólogo norte-americano, referência em pesquisa na área de ansiedade, desenvolveu a concepção de ansiedade enquanto traço e estado (SPIELBERGER, 1972).

A ansiedade enquanto estado (A-estado) é uma situação emocional transitória, caracterizada por sentimentos desagradáveis conscientemente percebidos de tensão e apreensão, com aumento da atividade do sistema nervoso autônomo. Em função do estímulo estressor com o qual o organismo se depara, a intensidade de A-estado pode variar e flutuar no tempo (BIAGGIO; NATALICIO; SPIELBERGER, 1977).

O traço de ansiedade (A-traço) refere-se tanto às diferenças individuais relativamente estáveis, quanto à propensão de ter ansiedade. Trata-se, portanto, de uma diferença na tendência de reagir a situações percebidas como ameaçadoras (BIAGGIO; NATALICIO; SPIELBERGER, 1977).

Uma das situações que têm o potencial de causar ansiedade é a cirurgia, de modo que a ansiedade pré-operatória é um componente comum da experiência cirúrgica (VAUGHN; WICHOWSKI; BOSWORTH, 2007).

A relação entre ansiedade pré-operatória e intensidade de dor referida no pós-operatório tem sido investigada desde a década de 1950 (VAUGHN; WICHOWSKI; BOSWORTH, 2007).

Janis (1958) propôs uma teoria sobre o estresse psicológico (que pode envolver ansiedade, medo e outras respostas emocionais), diante de um evento potencialmente ameaçador, como uma cirurgia. Essa teoria foi denominada “the work of worry” e propõe associação curvilínea entre o estresse pré-operatório e a recuperação do paciente, de modo que níveis extremamente baixos ou elevados de ansiedade pré-operatória ocasionariam elevada intensidade de dor no pós-operatório. Da mesma forma, níveis moderados de ansiedade estariam associados à menor intensidade de dor.

Esse moderado nível de estresse psicológico seria o reflexo de uma preparação própria do paciente para vivenciar uma situação associada ao sofrimento. Assim, um paciente com baixo nível de ansiedade representaria um despreparo emocional para vivenciar possível experiência dolorosa no pós-operatório, e pacientes com níveis elevados de ansiedade teriam uma predisposição maior para a sensibilização do SNC (JANIS, 1958; VAUGHN; WICHOWSKI; BOSWORTH, 2007).

Porém, essa teoria não foi confirmada em diversos estudos posteriores. Granot e Ferber (2005) investigaram a relação entre ansiedade pré-operatória e intensidade de dor no pós-operatório de cirurgia abdominal e verificaram que níveis moderados de ansiedade constituem fator de risco para níveis elevados de dor. Esses autores sugerem que pacientes com baixos níveis de ansiedade possivelmente dispõem de mecanismos para lidar com a sua dor.

Também em pesquisa realizada com 1000 mulheres submetidas à mastectomia, verificou-se que níveis elevados de ansiedade estão ligados ao aumento da sensibilidade à dor experimental e, também, à dor aguda pós-operatória, contradizendo a teoria de Janis (KAUNISTO *et al.*, 2013).

A relação entre ansiedade e dor pós-operatória tem sido estudada em diversos procedimentos cirúrgicos. Kim, Kim e Myoung (2011), em pesquisa realizada na Coreia do Sul com pacientes submetidos à cirurgia odontológica, verificaram que a ansiedade pré-operatória tem um efeito direto sobre a ansiedade intraoperatória e sobre a percepção da dor.

Também em estudo que avaliou os fatores preditores de dor após cirurgia de câncer de mama, em 114 mulheres, foi verificado que a ansiedade pré-operatória contribuiu significativamente para o aumento da intensidade da dor do 2º ao 30º dia após a cirurgia (KATZ *et al.*, 2005). Semelhantemente, Pinto *et al.* (2013) identificaram a ansiedade pré-operatória como um fator preditor de dor após artroplastia total de quadril e de joelho. Também há estudos que não encontram associação entre ansiedade e dor pós-operatória, como o realizado na Espanha, com 97 pacientes submetidos a implante dentário (DIEGO *et al.*, 2014).

Para conhecer o efeito da ansiedade sobre o período pós-operatório, Kain *et al.* (2001) desenvolveram um ensaio clínico duplo cego, placebo-controlado, com mulheres submetidas à histerectomia e verificaram que não houve diferença significativa nos relatos de dor pós-operatória entre o grupo que recebeu ansiolítico e o grupo controle.

A cesárea eletiva pode ser uma prática que produz elevado nível de ansiedade. O pensamento de estar totalmente consciente e imóvel durante a realização de uma incisão no abdome pode gerar ansiedade em muitas mulheres (VALLEJO *et al.*, 2005).

Lee *et al.* (2007), em estudo com 357 gestantes, verificaram que mais da metade delas (54,0%) apresentava elevado grau de ansiedade, em pelo menos uma de quatro avaliações antenatais. Esses dados apontam para a necessidade de se produzir conhecimento acerca do possível impacto que a ansiedade pode causar em mulheres submetidas à cesariana, especialmente no que diz respeito à dor pós-operatória.

### 3.2.2 Depressão

Os sentimentos de tristeza e alegria são componentes de uma vida psíquica normal. A tristeza é uma resposta humana universal às situações de perda, desapontamento, derrota e outras adversidades, caracterizando uma resposta de valor adaptativo. Porém, em algumas situações, esse sentimento de tristeza ou vazio pode apresentar-se com proeminência na vida do indivíduo, tornando-se, juntamente com a perda de interesse ou prazer nas atividades diárias, características típicas dos estados depressivos (PORTO, 1999).

A depressão é um subtipo de transtorno afetivo que pode apresentar-se de forma única ou recorrente, com sintomas psíquicos (humor depressivo, redução da capacidade de experimentar prazer, de pensar, de se concentrar ou tomar decisões e fadiga), fisiológicos (alterações do apetite, do sono e do interesse sexual) e comportamentais (retraimento social, comportamentos suicidas, agitação ou retardo psicomotor) (PORTO, 1999).

A depressão é um transtorno mental comum, presente nas diversas regiões do mundo, com prevalência global de 4,7% (FERRARI *et al.*, 2013), ocupando a 11ª posição no ranking do *Global Burden of Disease* (MURRAY *et al.*, 2012). Esse transtorno ocorre mais frequentemente em mulheres, especialmente no período reprodutivo, momento em que os hormônios femininos têm papel relevante nesse processo (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005)

A depressão está frequentemente associada a doenças clínicas, levando à pior evolução tanto do quadro psiquiátrico como da doença clínica (TENG; HUMES; DEMETRIO, 2005).

Entre as morbidades associadas à depressão, a dor crônica comumente está presente (HOLMES; CHRISTELIS; ARNOLD, 2013). Ilustrando a proximidade entre

depressão e dor, Von Knorring e Ekselius (1994) apontam diversas semelhanças clínicas e psicológicas entre pacientes com dor crônica idiopática e distúrbios depressivos.

Entre as semelhanças, destacam-se traços comuns de personalidade, hipercortisolemia, baixos níveis de melatonina no soro e urina, altos níveis de fração I de endorfinas no líquido cefalorraquidiano, alterações no sistema serotoninérgico e, somando a essas semelhanças, pacientes com dor crônica idiopática respondem ao tratamento com antidepressivos.

Essas semelhanças levaram Von Knorring e Ekselius (1994) a conjecturarem que depressão e dor crônica idiopática certamente compartilham mecanismos patogênicos comuns. Contudo, a ligação entre dor crônica e depressão não é surpreendente, dadas as sobreposições fisiológicas e psicológicas entre dor e emoção e/ou humor (MELZACK, 1999).

Porém, a depressão não está relacionada somente à dor crônica. Estudo desenvolvido com 215 pacientes submetidos à substituição total do quadril encontrou a depressão como um fator preditor de dor aguda, no período pós-operatório (RAKEL *et al.*, 2012).

A relação entre depressão e dor perioperatória é tão próxima que diversos estudos têm sido insuficientes em determinar a direção causal entre ambas (COHEN; FOULADI; KATZ, 2005; FEENEY, 2004). Recentemente, Goebel *et al.* (2013) buscaram clarificar o valor prognóstico de sintomas depressivos para a dor perioperatória e explorar a natureza causal entre esses dois construtos. Para tanto, foi desenvolvido um estudo de coorte, com 200 pacientes submetidos à cirurgia ortopédica em que foi possível verificar uma relação de impacto recíproco entre sintomas depressivos e dor perioperatória.

Atualmente, pesquisadores apontam a necessidade de investigar a presença da depressão em mulheres submetidas ao parto cesáreo, pois essa cirurgia é realizada em um período em que há grandes alterações do humor que podem favorecer a ocorrência dessa morbidade (KUO; CHEN; TZENG, 2014).

### 3.2.3 Idade

Entre os aspectos sociodemográficos, a idade tem se destacado, de maneira que indivíduos mais jovens estariam mais suscetíveis a vivenciar dor pós-operatória mais intensa (ENE *et al.*, 2008; LIU *et al.*, 2012).

Pan *et al.* (2013), ao desenvolverem e validarem um modelo preditivo de dor após o parto cesáreo em estudo conduzido com 192 mulheres, nos Estados Unidos, observaram que as puérperas mais jovens avaliavam sua dor como mais intensa quando comparadas às outras mulheres.

Estudo longitudinal desenvolvido na China, com 76 pacientes submetidos à hemorroidopexia (fixação dos coxins hemorroidários em sua posição anatômica), mostrou que indivíduos mais jovens (com até 40 anos de idade) relatavam dor de maior intensidade no pós-operatório (ZHAO *et al.*, 2014).

Outra pesquisa que também avaliou a dor pós-operatória, porém em cirurgias de ombro e cotovelo realizadas em 78 indivíduos norte-americanos, revelou que pacientes jovens (grupo de 18 a 39 anos) apresentaram valores maiores no PPI (Intensidade de Dor Presente), no PRI-S (Índice de Dor Sensitivo) do Questionário de Dor de McGill e também na Escala Analógica Visual.

Também na Espanha, Robleda *et al.* (2014) apresentaram achados semelhantes em estudo retrospectivo, com 124 pacientes adultos, submetidos a cirurgias ortopédicas e traumatológicas. A média de idade dos pacientes do estudo foi de 71 anos (DP=18) e os indivíduos com idade superior a 65 relataram menores níveis de dor.

Com o objetivo de identificar os fatores preditores de dor pós-operatória, Ip *et al.* (2009) realizaram uma revisão sistemática que incluiu 23.037 pacientes de 48 estudos elegíveis. A idade dos sujeitos esteve entre as variáveis que influenciaram a dor pós-operatória e também o consumo de analgésicos após a cirurgia.

Nesse contexto, também há pesquisas que apresentam resultados contraditórios (HARKINS; PRICE, 1986; HARKINS, 1996), porém parece haver de fato uma suscetibilidade aumentada à dor em indivíduos mais jovens. Assim, cirurgias que são frequentemente realizadas em pacientes jovens merecem uma atenção especial, como a cesariana.

### 3.2.4 Sexo e gênero

Diferenças relacionadas ao sexo e dor têm sido claramente demonstradas em estudos que utilizam dor experimental, porém, em pacientes com dor clínica, os resultados são divergentes, nos quais alguns apontam as mulheres como mais suscetíveis à dor no pós-operatório (LIU *et al.*, 2012; MEI *et al.*, 2010), outros apontam o sexo masculino (ZHAO *et al.*, 2014) e há ainda aqueles que não identificam associação entre dor pós-operatória e sexo (DESAI; CHEUNG, 2012; ROBLEDA *et al.*, 2014).

Outra pesquisa que revisou a literatura sobre sexo, gênero e dor (FILLINGIM *et al.*, 2009) mostrou que a maior parte dos estudos indica que as mulheres possuem um risco maior para dor crônica e, essas também tendem a relatar maiores níveis de dor aguda após procedimentos médicos quando comparadas aos homens. Esses mesmos autores apontaram que essas diferenças são mínimas (ou não existem) em crianças e parecem emergir ou aumentar durante a adolescência.

Alabas *et al.* (2012) realizaram uma metanálise que avaliou a relação entre gênero e resposta à dor experimental em indivíduos saudáveis. Ela incluiu 13 estudos que investigaram a influência da masculinidade e feminilidade (papéis sociais e comportamentos masculinos/femininos específicos do sexo não relacionados à função biológica), na experiência dolorosa. Por meio desses estudos, foi possível concluir que masculinidade foi positivamente associada com limiar de dor e tolerância à mesma, e feminilidade foi associada à maior sensibilidade a estímulos dolorosos.

Existem diversas razões teóricas que podem levar a diferenças entre os sexos quanto à percepção da dor e sua gestão (HUSSAIN *et al.*, 2013). O processo de socialização, que começa na primeira infância, pode influenciar profundamente a experiência corporal e a vontade de comunicar aflição. Os meninos são ensinados a serem menos expressivos sobre a doença e desconforto, podendo, portanto, ignorar a dor para não admitir fraqueza. Por outro lado, pode ser mais aceitável socialmente que as mulheres demonstrem sentimentos de angústia e dor (BARSKY; PEEKNA; BORUS, 2001).

Fillingim e Maixnert (1995) aponta um modelo em que vários sistemas envolvidos na transmissão e modulação da informação nociceptiva poderiam contribuir para diferenças na sensibilidade à dor entre homens e mulheres. Esse modelo é composto por

quatro componentes que interagem entre si: neurônios aferentes periféricos, que transmitem informação sensorial ao SNC de estruturas somáticas e viscerais; o próprio SNC, que integra e processa a informação nociceptiva; neurônios eferentes periféricos, que medeiam respostas autonômicas, endócrinas e somatomotoras a eventos ambientais e fibras aferentes viscerais periféricas, que, quando ativadas por uma variedade de estímulos fisiológicos, ativam o sistema central de regulação da dor. Esses quatro componentes não são isolados entre si, eles formam um complexo sistema regulatório que é influenciado por diferenças de desenvolvimento associadas ao gênero, bem como por mudanças dinâmicas evocadas por oscilações de hormônios sexuais.

Nesse sentido, a fim de verificar a existência de diferenças na percepção da dor e também na suscetibilidade a opioides entre homens e mulheres, Aubrun *et al.* (2005) analisaram dados de 4.317 pacientes no pós-operatório imediato e verificaram que as mulheres referiram dor mais intensa e solicitaram maior quantidade de morfina. Outro achado relevante desse mesmo estudo é que essas diferenças desapareceram entre os pacientes idosos.

Outro fator que pode contribuir para diferenças quanto à dor referida no período pós-operatório é a própria constituição corporal de homens e mulheres. As mulheres têm maior porcentagem de gordura corporal do que os homens e os opioides são lipofílicos, o que levaria a uma concentração plasmática menor em mulheres (HUSSAIN *et al.*, 2013).

### **3.2.5 Escolaridade**

A influência da escolaridade na experiência da dor pós-operatória tem sido investigada em poucos estudos, e os resultados daqueles que avaliaram esse possível fator são contraditórios. No estudo de revisão de Ip (2009) que incluiu 48 pesquisas somente três apresentaram a escolaridade como variável. Desses três estudos, dois não encontraram associação, sendo um deles com amostra de 2.298 pacientes chineses (CHIA *et al.*, 2002), e o outro com amostra de 346 pacientes brasileiros (CAUMO *et al.*, 2002). Já, Taenzer, Melzack e Jeans (1986), ao analisarem dados de 40 pacientes submetidos à cirurgia na vesícula biliar, encontraram o grau de escolaridade como um fator protetor de dor pós-operatória.

### 3.2.6 Duração da cirurgia

Entre os fatores cirúrgicos que podem exercer influência sobre a dor pós-operatória, Raschke *et al.* (2014) apontam a duração da cirurgia. Esses autores avaliaram 85 pacientes submetidos à cirurgia de reparo de fratura e verificaram que a duração da cirurgia apresentou significativa influência sobre a intensidade máxima de dor. Pacientes em que a cirurgia teve duração média acima de 65 minutos apresentaram maiores níveis de dor, quando comparados a pacientes que foram submetidos a cirurgias realizadas em menor tempo.

Possivelmente, a causa de uma cirurgia estender-se além do tempo previsto é a presença de uma complicação. A fim de contornar essa complicação, há a necessidade de uma exposição e manipulação maior dos tecidos, o que pode aumentar o trauma cirúrgico e justificar o aumento na intensidade da dor pós-operatória (RASCHKE *et al.*, 2014).

Ao investigar retrospectivamente 1.736 pacientes submetidos a cirurgias diversas sob anestesia geral, Mei *et al.* (2010) também verificaram que pacientes que ficaram em cirurgia por tempo mais prolongado relatavam maiores níveis de dor após a cirurgia. No entanto, estudos como o de Caumo *et al.* (2002) não encontraram diferenças na intensidade da dor pós-operatória associadas à duração do procedimento cirúrgico.

### 3.2.7 Modalidade anestésica

A modalidade anestésica também é outro fator que pode modificar a experiência dolorosa no período pós-operatório. Revisões recentes sobre o assunto têm mostrado que a anestesia regional diminui os escores de dor e a incidência de requisição de analgésicos, quando comparada à anestesia geral (DE ROJAS; SYRE; WELCH, 2014; KETTNER; WILLSCHKE; MARHOFER, 2011).

Com o propósito de comparar os resultados intraoperatórios e pós-operatórios da raquianestesia e da anestesia geral, Attari *et al* (2011) conduziram um ensaio clínico randomizado, com 72 pacientes submetidos a cirurgias na coluna vertebral. Entre os resultados encontrados, mostraram que o número de pacientes que consumiram analgésicos após a cirurgia, bem como a média dos escores de intensidade de dor

mensurados por meio da Escala Visual Analógica, foram significativamente menores no grupo submetido à raquianestesia.

Attari *et al* (2011) sugerem que a existência de algum bloqueio sensorial residual em pacientes submetidos à raquianestesia explicaria essa diferença na dor entre as modalidades anestésicas. Essa justificativa é embasada na observação de que a recuperação sensorial dos pacientes sob raquianestesia ocorreu posteriormente à recuperação motora, o que não ocorreu no outro grupo.

Entre as anestésias do neuroeixo (raquianestesia e anestesia peridural), a raquianestesia é o método mais utilizado para cirurgias infraumbilicais, particularmente em parturientes e em pacientes idosos. Essa escolha se deve à simplicidade da técnica empregada, à rápida administração e início da anestesia e, também ao reduzido risco de toxicidade (NG *et al.*, 2004). Porém, insuficientes dados estão disponíveis na tentativa de estabelecer a melhor evidência em anestésias regionais em obstetrícia (KETTNER; WILLSCHKE; MARHOFER, 2011).

Diante da variedade de modalidades anestésicas disponíveis atualmente, foram desenvolvidos estudos (CURATOLO *et al.*, 1995; CURATOLO *et al.*, 1997), objetivando verificar a supressão de somação temporal (dor evocada por estímulos fracos, contudo repetidos ou de longa duração) em pacientes submetidos à anestesia peridural e raquianestesia. Os resultados apontaram que a raquianestesia inibiu a ocorrência de somação temporal, enquanto que a anestesia peridural não inibiu esse evento nos indivíduos estudados.

Os efeitos adversos e a eficácia da anestesia espinal e peridural, em mulheres submetidas à cesariana, foram estudados em 2004, em revisão sistemática (NG *et al.*, 2004). Os autores verificaram que a anestesia espinal tem início mais rápido, entretanto esteve mais associada à hipotensão. Outro achado relevante foi a ausência de diferenças quanto à necessidade de alívio da dor no pós-operatório, entre as mulheres de ambos os grupos. Os resultados quanto aos efeitos colaterais foram inconclusivos devido à baixa incidência entre os pacientes e/ou ausência de relato desses eventos nos estudos.

Nesse mesmo sentido, Schewe (2009) avaliou a dor após o parto cesáreo e o consumo de analgésicos em 132 mulheres, em ensaio clínico randomizado, com parte delas submetida à raquianestesia e a outra parte, à anestesia peridural. Mostraram que

as puérperas que haviam sido submetidas à raquianestesia apresentaram dor de menor intensidade e utilizaram uma quantidade menor de analgésicos adicionais no pós-operatório.

### 3.2.8 Dor pré-operatória

Entre os fatores clínicos que podem modificar a dor sentida no pós-operatório, vários autores têm destacado a presença de dor antes do procedimento cirúrgico (DESAI; CHEUNG, 2012; INHESTERN *et al.*, 2014; LIU *et al.*, 2012; SOMMER *et al.*, 2009).

Ao avaliarem a dor pós-operatória nas primeiras 24 horas em 145 pacientes submetidos à cirurgia para tratamento de câncer de cabeça e pescoço, Inhestern *et al.* constataram que a intensidade da dor crônica pré-operatória, referida pelos pacientes, foi um fator preditor independente para dor de maior intensidade após a cirurgia.

Desai e Cheung (2012) também observaram influência da dor pré-operatória na dor após a cirurgia. Esses autores acompanharam 78 pacientes adultos submetidos a cirurgias de ombro e cotovelo (procedimentos que geralmente desencadeiam maiores níveis de dor) e verificaram que a dor antes da cirurgia foi um forte preditor de dor no terceiro dia após a cirurgia.

Semelhantemente, a dor pré-operatória foi identificada como um preditor de dor pós-operatória em cirurgias ambulatoriais. Pesquisa desenvolvida na Holanda, com 648 pacientes submetidos a uma ampla variedade de cirurgias ambulatoriais, apontou que a presença de dor pré-operatória foi o melhor preditor de dor moderada a severa após a cirurgia (OR=3.0 no quarto dia após a cirurgia) (GRAMKE *et al.*, 2009). Moura *et al.* (2015) mostraram que a dor pré-operatória foi preditora de dor pós-operatória em crianças submetidas a cirurgias ambulatoriais, no sétimo dia pós-operatório.

Esse fenômeno pode ser explicado por meio do processo de sensibilização de neurônios do corno dorsal da medula espinhal pela dor pré-existente. A dor pré-operatória não tratada, intensa e persistente faz com que os neurônios de segunda ordem sejam “bombardeados” pelos estímulos oriundos da periferia, originando alterações na modulação da nocicepção (SCHOLZ; WOOLF, 2002).

### 3.2.9 Paridade

Visando explorar a variedade de fatores que podem influenciar a dor sentida no pós-operatório em mulheres, alguns estudos têm investigado se a paridade também seria um fator preditor. Healey *et al.* (1998) avaliaram prospectivamente 68 mulheres submetidas à laparoscopia, por finalidades diversas, e observaram que a paridade esteve diretamente associada à dor pós-operatória. Resultados controversos foram apresentados por Buhagiar *et al.* (2011) que avaliaram a dor pós-operatória em 65 mulheres submetidas à cesariana eletiva e a paridade não esteve associada à dor pós-operatória.

### 3.3 Panorama atual da cesariana no Brasil

O Ministério da Saúde estabelece indicações absolutas e relativas para a realização do parto cesáreo. As indicações absolutas são: situação fetal transversa, desproporção céfalo-pélvica, cicatriz uterina prévia corporal, prolapso de cordão, herpes genital ativo, placenta prévia oclusiva total e morte materna com feto vivo. São indicações relativas: gestante HIV positivo (de acordo com a carga viral), feto não reativo em trabalho de parto, descolamento prematuro de placenta (a depender do estágio do parto), gravidez gemelar (depende da relação entre os fetos), apresentação pélvica, cesárea prévia, cérvix desfavorável à indução do parto, macrossomia fetal e psicopatía (BRASIL, 2012).

Nas últimas décadas, observou-se grande interesse em cesarianas, tanto entre médicos quanto entre as mulheres, favorecendo a realização desse procedimento sem justificativa clínica. Houve uma difusão e superestimação de informações sobre as potenciais complicações advindas do parto vaginal e aumentou a insatisfação com trabalhos de parto prolongados. Esses acontecimentos contribuíram para que médicos obstetras reduzissem o limiar para o aconselhamento na escolha pelo parto cesáreo (ROBSON, 2001).

Porém, são vários os fatores que culminam em taxas elevadas de parto cesáreo. Entre eles, destacam-se o modelo assistencial adotado pelo país, tendências culturais e formação médica. Apesar do modelo assistencial, no Brasil, predominam elevadas taxas de cesárea tanto no sistema suplementar de saúde quanto no SUS. Em 2010, as taxas de cesárea no sistema de saúde suplementar atingiram, em média, 80,0%

enquanto que no sistema público de saúde, foram de 35,0% aproximadamente (PATAH; MALIK, 2011).

Em serviços de saúde privados, as gestantes podem escolher o profissional que desejam ser atendidas, durante o ciclo gravídico puerperal e isso facilita a negociação sobre o tipo de assistência médica que lhes convém (PATAH; MALIK, 2011). No entanto, segundo Hotimsky *et al.* (2002), geralmente os médicos obstetras possuem uma jornada de trabalho sobrecarregada devido ao acúmulo de vínculos empregatícios e/ou número de pacientes e/ou de atividades de ensino e pesquisa. Essa sobrecarga de trabalho faz com que obstetras de serviços privados não garantam à mulher a disponibilidade de acompanhamento durante o parto vaginal, devido à imprevisibilidade e maior duração desse, o que contribui na escolha pelo parto cesáreo visto que as mulheres desejam ser atendidas pelo mesmo médico, tanto no pré-natal quanto no parto.

Contudo, a maior parte da população brasileira é atendida pelo SUS e, nesse sistema, geralmente, o pré-natal e a assistência ao parto são conduzidos por profissionais diferentes. Para Hotimsky *et al.* (2002), essa realidade enfraquece o poder de negociação da mulher na escolha do tipo de parto que deseja e, frequentemente, os obstetras optam pelo parto cesáreo, por não conhecerem profundamente a história obstétrica dessas mulheres e por não possuírem uma relação médico-paciente previamente estabelecida.

No processo de assistência ao parto, existem diversos agentes atuando, cada qual com seus interesses. Dentre esses, destacam-se médicos, pacientes, seguradoras, gestão dos hospitais e políticas governamentais, sendo preciso investigar a motivação de cada agente influenciador e os efeitos advindos dessa influência (TURCOTTE; ROBST; POLACHEK, 2005).

Para Osis *et al.* (2001), atribuir toda a responsabilidade pelas altas taxas de parto cesáreo aos médicos, é uma conclusão simplista e equivocada. Segundo esse autor, uma discussão sobre o assunto deve considerar a complexidade das relações entre todos os participantes.

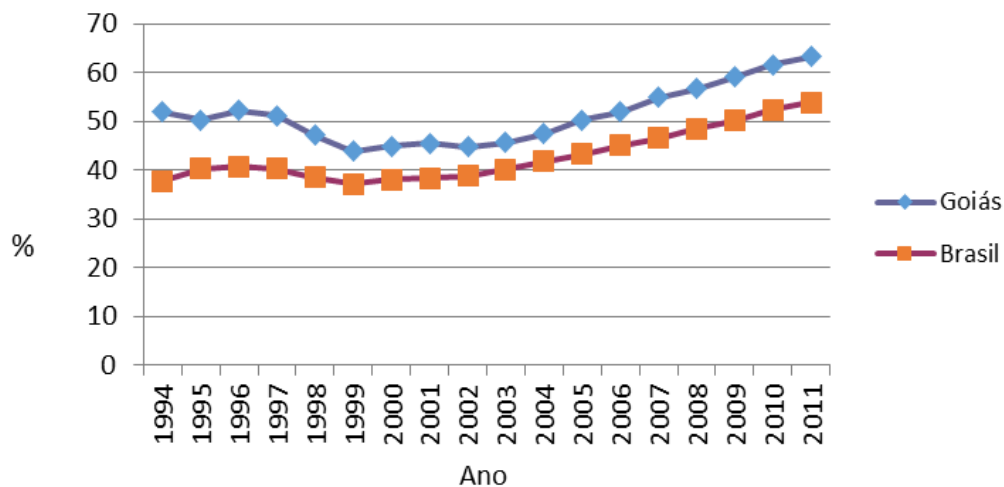
A Organização Mundial de Saúde (1985), por meio da "Conferência sobre Tecnologia Apropriada para o Parto", recomendou uma taxa de cesárea não superior a 10,0%-15,0%. Essa recomendação é alvo de muitas críticas, visto que não considera

diferenças importantes entre os países, como características culturais e o modelo de assistência à saúde (PATAH; MALIK, 2011). No Brasil, considera-se ideal a taxa de cesárea em torno de 15,0% a 20,0% para o total da população (BRASIL, 2001).

Em 2011, a taxa de cesárea no Brasil foi de 53,8%, enquanto que em 2001 era de 38,3%. O Estado de Goiás ainda está acima dessa média nacional, visto que 63,2% dos nascimentos em 2011 foram por meio de parto cesáreo como demonstra a Figura 2 (DATASUS, 2011).

Há a necessidade de se restringir a realização de cesárea devido aos riscos associados a esse procedimento. Quando bem indicada, a cesariana diminui a morbidade e mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2001), porém, quando realizada sem indicação clínica, expõe as mulheres a complicações severas cerca de três a seis vezes mais, comparada ao parto vaginal (TIHTONEN; NYBERG, 2014).

Dentre as potenciais complicações decorrentes do parto cesáreo, além daquelas intrínsecas a qualquer procedimento cirúrgico, pode-se citar: prematuridade, infecção de parede, hemorragia, hematoma, endometrite, febre puerperal e infecção urinária (BURROWS; MEYN; WEBER, 2004). A longo prazo, a operação cesariana também pode desencadear sangramento intermenstrual, risco de infertilidade secundária, gravidez ectópica, ruptura uterina, placenta prévia, aderências e dor pélvica persistente (TIHTONEN; NYBERG, 2014).



**Figura 2** - Proporção de partos cesáreos no Brasil e em Goiás, de 1994 a 2011

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)

Eisenach *et al.*(2008), por meio de estudo prospectivo com 391 mulheres submetidas à cesariana, alertaram sobre a severidade da dor aguda no pós-operatório como forte preditor de persistência da mesma (cronificação).

Recentemente, esses mesmos autores (EISENACH *et al.*, 2013) ainda apontaram que a cesárea representa a principal causa de dor crônica entre as mulheres, e estudos têm encontrado que essa dor interfere nas atividades cotidianas desse grupo (EISENACH *et al.*, 2008; LOOS *et al.*, 2008; NARDI *et al.*, 2013).

Acredita-se que a incisão Pfannenstiel, comumente empregada em cesarianas, por proporcionar acesso aos órgãos centrais da pelve e apresentar baixa incidência de hérnia incisional, além de ser esteticamente agradável, favorece a ocorrência de dor crônica. Essa incisão pode estar associada ao aprisionamento de nervos da parede abdominal inferior, tais como os nervos iliohipogástrico e ilioinguinal, causando dor crônica de origem neuropática (LOOS *et al.*, 2008).

A maioria das mulheres que relata dor pós-operatória persistente, mesmo de intensidade reduzida, refere que há efeito negativo na qualidade de vida (DECLERCQ *et al.*, 2008) para 14,0% delas, após um ano, a dor ainda prejudica as atividades do dia a dia (KAINU *et al.*, 2010). Tal fato pode afetar a vida de muitas mulheres jovens, ativas que cuidam de crianças pequenas. Nesse sentido, é importante considerar, também, o impacto individual e social dessa complicação.

Ressalta-se que, a partir do século XX, graças aos avanços nas técnicas anestésico-cirúrgicas, a operação cesariana tornou-se mais segura e isso contribuiu para reduzir a morbimortalidade materna e, conseqüentemente, aumentou a escolha por esse tipo de parto. Somado a isso, no final da década de 1950, a aparente vantagem de contornar o canal do parto fez dela a forma mais sedutora de trazer outros à vida (PENN; GHAEEM-MAGHAMI, 2001), no entanto, a escolha do tipo de parto a ser aceito é uma resolução que envolve aspectos éticos e de saúde.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de estudo**

Estudo longitudinal, parte de uma pesquisa prospectiva intitulada “Cronificação da dor pós-operatória, em uma coorte de mulheres submetidas à cesariana”.

### **4.2 Local e período do estudo**

O presente estudo foi realizado em uma instituição de saúde hospitalar, de natureza privada, conveniada com o SUS, no Município de Goiânia, Goiás, no período de fevereiro de 2014 a maio de 2015. Trata-se de um hospital de médio porte, fundado em 1972, que conta com 45 leitos nas enfermarias, 17 em apartamentos, 16 em UTI, e 05 boxes para atendimento de emergência. Possui as seguintes especialidades: ortopedia, traumatologia, ginecologia, obstetrícia, urologia, infectologia, gastroenterologia e medicina intensivista. Realiza, em média, 120 cesáreas eletivas por mês, sendo que cerca de 70% desses partos são financiados pelo SUS. A instituição está localizada no centro oeste brasileiro, em uma metrópole com aproximadamente 1,412 milhão de habitantes (IBGE, 2010).

### **4.3 Amostra**

A amostra foi constituída por 947 mulheres com idade igual ou superior a 14 anos, submetidas à cesariana.

### **4.4 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídas as mulheres submetidas à cesariana, conscientes e orientadas no momento da coleta de dados; e excluídas aquelas submetidas à cirurgia de emergência, com diagnóstico de doença maligna, instabilidade hemodinâmica persistente, que faziam uso crônico de opioides, que estivessem em trabalho de parto e com dor de elevada intensidade que as impossibilitasse de responder às perguntas dos observadores, que apresentaram comprometimento visual, de audição e de fala, e intercorrência intraoperatória (hemorragia, parada cardiorrespiratória) e morte do RN.

## **4.5 Variáveis do estudo**

### **4.5.1 Variável de desfecho**

“Dor pós-operatória” - considerada pela Sociedade Americana de Anestesiologia como aquela que se apresenta no paciente cirúrgico após o procedimento (ASA, 2012), decorrente de lesão de tecidos e manipulação de órgãos e estruturas (TACLA; HAYASHIDAI; LIMA, 2008) (Quadro 1).

A Intensidade da dor será mensurada por meio de Escala Numérica de 0-10, sendo 0= sem dor; 1-4=dor leve; 5-6 dor moderada; 7-9 = dor forte; e 10 = Pior Dor Possível; e a Qualidade da dor – avaliada por meio dos descritores do Questionário de Dor de McGill – Forma Reduzida.

### **4.5.2 Variáveis Preditoras**

- Sociodemográficas: idade, estado civil, escolaridade, trabalho remunerado, situação socioeconômica (avaliada por meio do Critério de Classificação Econômica do Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2013), tipo de internação hospitalar (Quadro 1).

**Quadro 1-** Variáveis sociodemográficas.

<b>Variáveis</b>	<b>Categorias</b>
Faixa etária (anos)	14-19 / 20-35 / 36-44
Estado Civil	Casada / união estável / Solteira/ divorciada / viúva
Escolaridade	Fundamental 1 incompleto (1-4 anos) / fundamental 1 completo (5 anos) / fundamental 2 incompleto (6-8 anos) / fundamental 2 completo (9 anos) / médio incompleto (10-11 anos) / médio completo (12 anos) / superior incompleto / superior completo / pós-graduação
	Até 12 anos de estudo / acima de 12 anos de estudo
Trabalho remunerado	Sim / Não
Situação socioeconômica (CCEB)	Classe A (35-46) / Classe B (23-34) / Classe C (14-22) / Classe D e E (0-13)
	Classe ABC (23-35) / Classe DE (0-13)
Internação hospitalar	SUS / Particular

- Clínicas e de hábitos de vida: realização de cirurgias abdominais anteriores, prática de atividade física, consumo de álcool, hábito de fumar, presença de dor pré-operatória no momento da entrevista, ansiedade-traço e comportamento ansioso e depressivo (HADS) (Quadro 2).

**Quadro 2-** Classificação das variáveis clínicas e hábito de vida.

Variáveis	Categorias
Parto cesáreo anterior	Sim / Não
Outras Cirurgias abdominais anteriores	Sim / Não
Prática de atividade física	Sim / Não
Consumo atual de álcool	Sim / Não
Hábito atual de fumar	Sim / Não
Presença de dor pré-operatória	Sim / Não
Ansiedade-traço (IDATE)	Baixa (20-40) / Média (41-60) / Alta (61-80)
	Baixa (20-40) / Média e Alta (41-80)
Ansiedade (HADS)	Sim ( $\geq 9$ ) / Não ( $< 9$ )
Depressão (HADS)	Sim ( $\geq 9$ ) / Não ( $< 9$ )

- Cirúrgicas: Tipo de analgesia intraoperatória, esterilização tubária e tempo de duração da cirurgia (Quadro 3).

**Quadro 3-** Classificação das variáveis cirúrgicas.

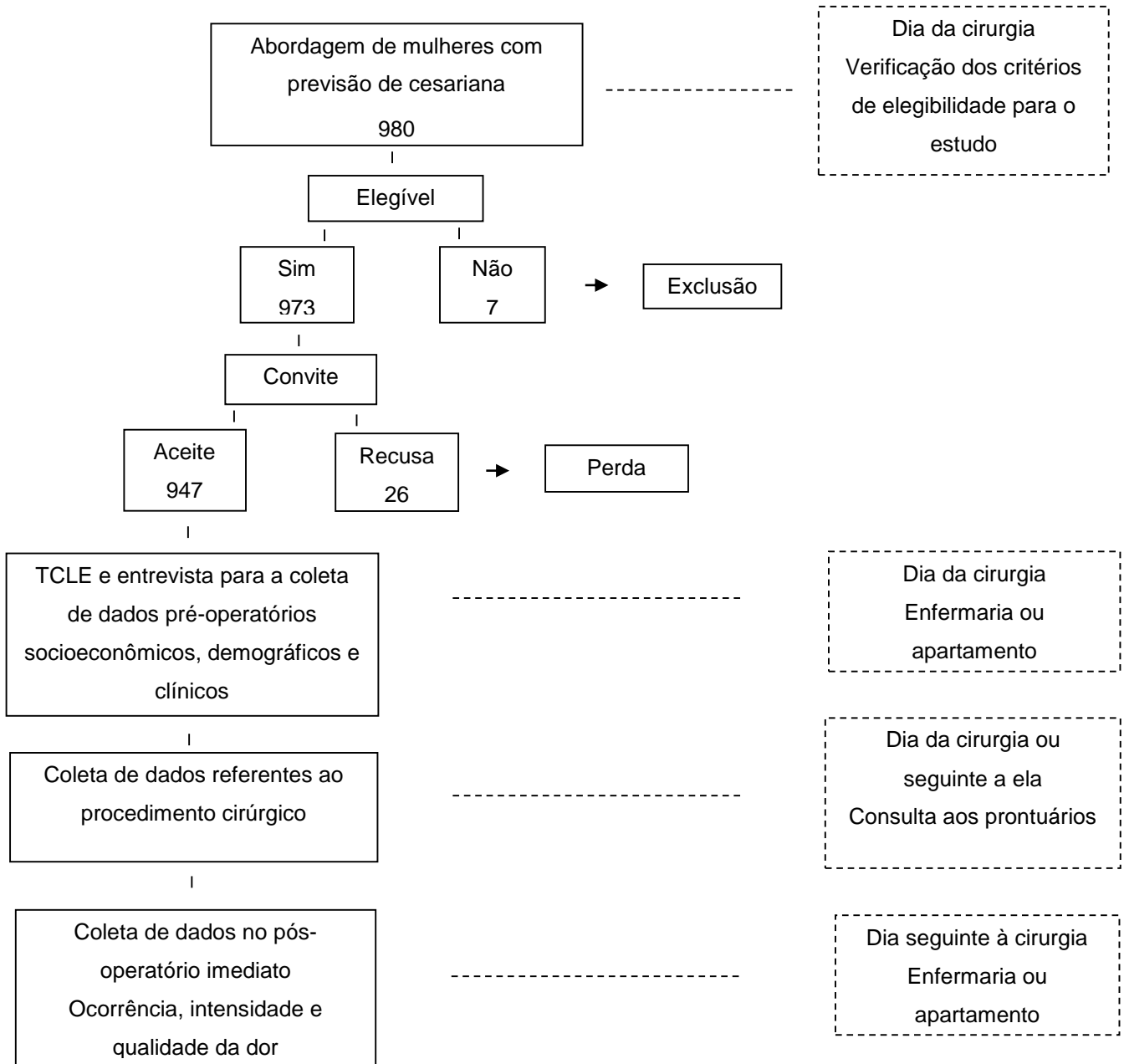
Variável	Categorias
Tipo de analgesia intraoperatória	Opioide / Opioide e simples / Opioide e AINE / Opioide, simples e AINE / Opioide e esteroideal / Opioide, simples e esteroideal
	Opioide / Opioide associado a outro analgésico
Esterilização tubária	Sim / Não
Tempo de duração da cirurgia (minutos)	Até 30 minutos / Acima de 30 minutos

## 4.6 Coleta de dados

### 4.6.1 Procedimentos da coleta de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevista, por nove observadores treinados, com instrumento padronizado (Apêndice 1) no período pré-operatório (PPO),

que corresponde às 24 horas que antecedem a cesariana; e período pós-operatório imediato (POI), correspondente às 24 horas após o término da cirurgia (Figura 3)



**Figura 3.** Fluxograma do estudo “Dor pós-operatória em mulheres submetidas à cesariana: incidência, qualidade, intensidade e fatores preditores”. Goiânia - FEV 2014 - MAIO 2015

#### 4.6.2 Instrumentos de medida utilizados:

- **Escala Numérica de Dor:** foi utilizada para mensuração da intensidade da dor. Trata-se de instrumento unidimensional, ordinal, que permite a medida da intensidade de dor por meio de números que representam a quantidade de dor sentida (0= *nenhuma dor*; 1,2,3 e 4=*dor leve*; 5 e 6=*dor moderada*; 7,8 e 9=*dor forte*; e 10= *pior dor possível*). Uma vez que as pessoas utilizam números desde a infância, a Escala Numérica possui a vantagem de ser familiar aos participantes. Tem sido amplamente utilizada em hospitais e/ou clínicas para a obtenção de informação rápida, não invasiva e válida sobre a dor (FERRAZ *et al.*, 1990; JENSEN; KAROLY; BRAVER, 1986; PEREIRA; SOUSA, 1998; SOUSA, 2002)

- **Questionário de McGill Dor (MPQ-SF):** utilizado para avaliação da qualidade da dor. Foi elaborado por Melzack (1987) com a finalidade de avaliar a qualidade e intensidade da dor, em contextos que exijam a obtenção rápida de dados sobre a dor sentida. Instrumento amplamente utilizado em diversos países, sendo constituído por 15 descritores, em que 11 descrevem a dimensão sensitiva dessa experiência, e quatro, a afetiva. Foi traduzido e adaptado para o Brasil por Costa *et al.* (2011), em amostra de pacientes com dor musculoesquelética, e apresentou altos níveis de consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach= 0,70-0,79), confiabilidade (coeficiente de correlação intraclassa= 0,69-0,85) e concordância (erro padrão da medida=0,80-6,92).

- **Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS):** desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), é um instrumento útil para avaliação de mudança no estado emocional de um paciente, bem como na investigação da presença ou ausência de títulos clinicamente relevantes de ansiedade e depressão. Trata-se de um instrumento de triagem, no qual os escores obtidos estão relacionados a comportamento ansioso e/ou depressivo recente, especificamente na última semana. A HADS é constituída por 14 itens com quatro alternativas de respostas cada um, em que sete questões se referem ao estado de ansiedade e sete aos sintomas depressivos. A pontuação em cada escala varia de 0 a 21 pontos, obedecendo a três níveis: leve (0 a 6 pontos), moderado (7 a 12 pontos) e grave (13 pontos ou mais). Foi utilizada a versão traduzida e adaptada ao português

brasileiro desenvolvida por Botega *et al.* (1995) que também foi validada em amostra de pacientes cirúrgicos, no pré-operatório, por Marcolino *et al.*(2007). O instrumento, aplicado nesses pacientes, apresentou boa consistência interna tanto para a subescala de ansiedade ( $\alpha$  de Cronbach= 0,84) quanto para a de depressão ( $\alpha$  de Cronbach= 0,83) e também altos níveis de sensibilidade (ansiedade= 80,6%; depressão= 70,8%) e especificidade (ansiedade= 89,5%; depressão= 90,9%).

- **Inventário de Ansiedade-Traço:** utilizado para avaliação do traço ansioso (personalidade ansiosa). O instrumento fornece dados válidos e é de aplicação relativamente breve. Avalia a percepção individual que leva a diferentes reações frente à situação vivenciada. A ansiedade *traço* é avaliada por meio de uma escala de 20 itens e cada item é avaliado por meio de escala de quatro pontos: (1) quase nunca, (2) às vezes, (3) frequentemente e (4) quase sempre. O escore total da escala Ansiedade Traço pode variar de 20 a 40 pontos, no qual valores mais elevados indicam maiores níveis de ansiedade, porém os propositores da escala não estabeleceram pontos de corte para a normalidade (SPIELBERGER, 2009). A escala foi traduzida validada por Biaggio e Natalício (1977) e, posteriormente, Pasquali *et al.*(1994 ) investigaram os parâmetros psicométricos dessa escala entre jovens brasileiros não hospitalizados e identificaram um  $\alpha$  de Cronbach de 0,79.

#### **4.7 Estudo Piloto**

Foi realizado nos meses de novembro de 2013 a janeiro de 2014, incluindo 37 mulheres submetidas ao parto cesáreo, que atenderam aos critérios de inclusão exigidos nesta pesquisa. O estudo piloto teve por objetivo testar todos os instrumentos de coleta de dados e também verificar os aspectos logísticos, operacionais e o nível de capacitação e treinamento dos entrevistadores.

#### **4.8 Análise dos dados**

A análise dos dados inicial foi descritiva, com as variáveis categóricas apresentadas por meio de frequência absoluta e relativa. As variáveis quantitativas foram resumidas por meio de média, desvio padrão. A estimativa da incidência de dor pós-

operatória, no período pós-operatório imediato foi apresentada com intervalo de confiança a 95% (IC:95%). A intensidade da dor pós-operatória foi apresentada em categorias (nenhuma=0, leve=1,2,3 e 4, moderada=5,6, forte=7,8,9, pior possível=10). Para a análise multivariada, as seguintes variáveis foram dicotomizadas: intensidade da dor (<5 e ≥5), escolaridade (≤12 anos e >12 anos), classe socioeconômica (≤13 pontos e >13 pontos), analgesia intraoperatória (opioide e opioide associado a outro medicamento), duração da cirurgia (≤30 minutos e >30 minutos)

A comparação entre presença e ausência de dor pós-operatória foi avaliada pelo teste do Qui Quadrado e Teste  $t$ , se indicado. A magnitude da força de associação foi avaliada pelo Odds Ratio com Intervalo de Confiança a 95%. Para a análise dos possíveis fatores preditores de dor pós-operatória com intensidade ≥ 5, foi utilizado um modelo de Regressão Logística. Em análise univariada, as variáveis foram analisadas uma a uma quanto a sua contribuição na variável dor. Nessa etapa, aquelas que apresentaram valor de  $p < 0,10$  foram separadas e analisadas em conjunto pela Regressão Logística multivariada. As variáveis com valor de  $p < 0,05$  foram identificadas como preditoras de dor pós-operatória de intensidade ≥ 5 na END. Utilizou-se o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 21.0.

#### **4.9 Aspectos Éticos e Legais**

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás-UFG, para avaliação e parecer ético, respeitando os princípios da resolução CNS 466/12. Foi obtida aprovação em 18 de outubro de 2014, sob número de parecer 421.825 (Anexo 1). O projeto de pesquisa também foi autorizado pela direção do hospital/maternidade. As mulheres foram informadas sobre a participação do estudo como voluntárias e sem qualquer ônus ou remuneração. Caso desejem retirar o consentimento durante a pesquisa, são informadas que tal decisão não acarretará nenhum prejuízo para si, nem para o recém-nascido. (Apêndices 1 e 2)

## 5 RESULTADOS

Foram incluídas no estudo 947 mulheres submetidas à cesariana, no período de fevereiro de 2014 a maio de 2015. Prevalencem mulheres com idade entre 20 e 35 anos (79,0%), com média de idade de 25,3 anos ( $dp=5,7$ ), casadas (43,9%) e que concluíram o ensino médio (50,3%). A maioria das mulheres recebe salário por trabalho remunerado (54,4%), pertence à classe socioeconômica C (58,2%) e recebe atendimento pelo Sistema Único de Saúde (69,9%) (Tabela 1).

Quanto às características clínicas avaliadas momentos antes da cirurgia, verificamos que a maioria das mulheres referiu não estar em trabalho de parto (83,3%), não ter sido submetida à cesariana (64,5%) ou a outra cirurgia abdominal (94,0%) anteriormente. Prevalencem as mulheres que não tinham hábito de praticar atividade física (93,1%), que não consumiam bebida alcoólica (94,1%) e não fumavam durante a gestação (96,8%). Quando questionadas sobre a presença de dor no momento da entrevista, boa parte (das mulheres 29,0%) referiu estar sentindo algum tipo de dor (Tabela 2).

**Tabela 1** – Características socioeconômicas e demográficas das mulheres submetidas à cesariana. Goiânia - FEV 2014 - MAIO 2015

Variáveis	Mulheres submetidas à cesariana	
	N	%
<b>Faixa etária (n=947)</b>		
14-19 anos	150	15,8
20-35 anos	748	79,0
36-44 anos	49	5,2
<b>Estado Civil (n=947)</b>		
Casada	416	43,9
Solteira	126	13,3
União estável	396	41,8
Divorciada	7	0,7
Viúva	2	0,2
<b>Escolaridade (n=944)</b>		
Fundamental 1 Incompleto (1-4 anos)	8	0,8
Fundamental 1 Completo (5 anos)	7	0,7
Fundamental 2 Incompleto (6-8 anos)	63	6,7
Fundamental 2 Completo (9 anos)	81	8,6
Médio Incompleto (10-11 anos)	168	17,8
Médio Completo (12 anos)	484	51,3
Superior Incompleto	73	7,7
Superior Completo	58	6,1
Pós-Graduação	2	0,2
<b>Trabalho Remunerado (n=944)</b>		
Sim	523	55,4
Não	421	44,6
<b>Classe Socioeconômica (n=945)</b>		
Classe A	2	0,2
Classe B	329	34,8
Classe C	550	58,2
Classe D e E	64	6,8
<b>Tipo de Internação Hospitalar (n=947)</b>		
SUS	662	69,9
Particular	285	30,1

**Tabela 2** – Características clínicas e hábitos de vida das mulheres submetidas à cesariana. Goiânia - FEV 2014 - MAIO 2015

Variáveis	Mulheres submetidas ao parto cesáreo	
	n	%
<b>Parto Cesáreo Anterior (n=947)</b>		
Sim	336	35,5
Não	611	64,5
<b>Outras Cirurgias Abdominais Anteriores (n=943)</b>		
Sim	57	6,0
Não	886	94,0
<b>Prática de Atividade Física (n=947)</b>		
Sim	65	6,9
Não	882	93,1
<b>Consumo de Álcool (n=947)</b>		
Sim	56	5,9
Não	891	94,1
<b>Hábito de Fumar (n=947)</b>		
Sim	30	3,2
Não	917	96,8
<b>Dor Pré-operatória (momento da entrevista) (n=946)</b>		
Sim	274	29,0
Não	672	71,0

Com relação às características psicológicas, boa parte das mulheres apresentou níveis médios de traço ansioso (42,7%) e, de maneira semelhante, quase metade delas esteve ansiosa (41,8%). A minoria das mulheres apresentou tendência à depressão (14,7%) (Tabela 3).

**Tabela 3** – Características psicológicas das mulheres submetidas à cesariana. Goiânia - FEV 2014 - MAIO 2015

Variáveis	Mulheres submetidas ao parto cesáreo	
	N	%
<b>Ansiedade-Traço (IDATE) (n=931)</b>		
Baixa	512	55,0
Média	398	42,7
Alta	21	2,3
<b>Ansiedade (HADS) (n=923)</b>		
Sim	386	41,8
Não	537	58,2
<b>Depressão (n=923)</b>		
Sim	136	14,7
Não	787	85,3

Quanto às características da técnica anestésico-cirúrgica, todas as mulheres foram submetidas à raquianestesia, com administração de bupivacaína pesada 0,5% e morfina intratecal. Pouco mais da metade das mulheres (50,5%) recebeu, no intraoperatório, outro analgésico além do opioide, sendo a administração de analgésico simples a prática mais frequente (42,2%). Pequena parte das mulheres realizou esterilização tubária em conjunto com a cesariana (8,8%) (Tabela 4) e a mediana do número de minutos de duração da cirurgia foi igual a 30,0 (Q1=30,0; Q3=40,0; MÍN=14; MAX=90)

**Tabela 4** – Características da analgesia intraoperatória e realização de esterilização tubária em mulheres submetidas à cesariana. Goiânia - FEV 2014 - MAIO 2015

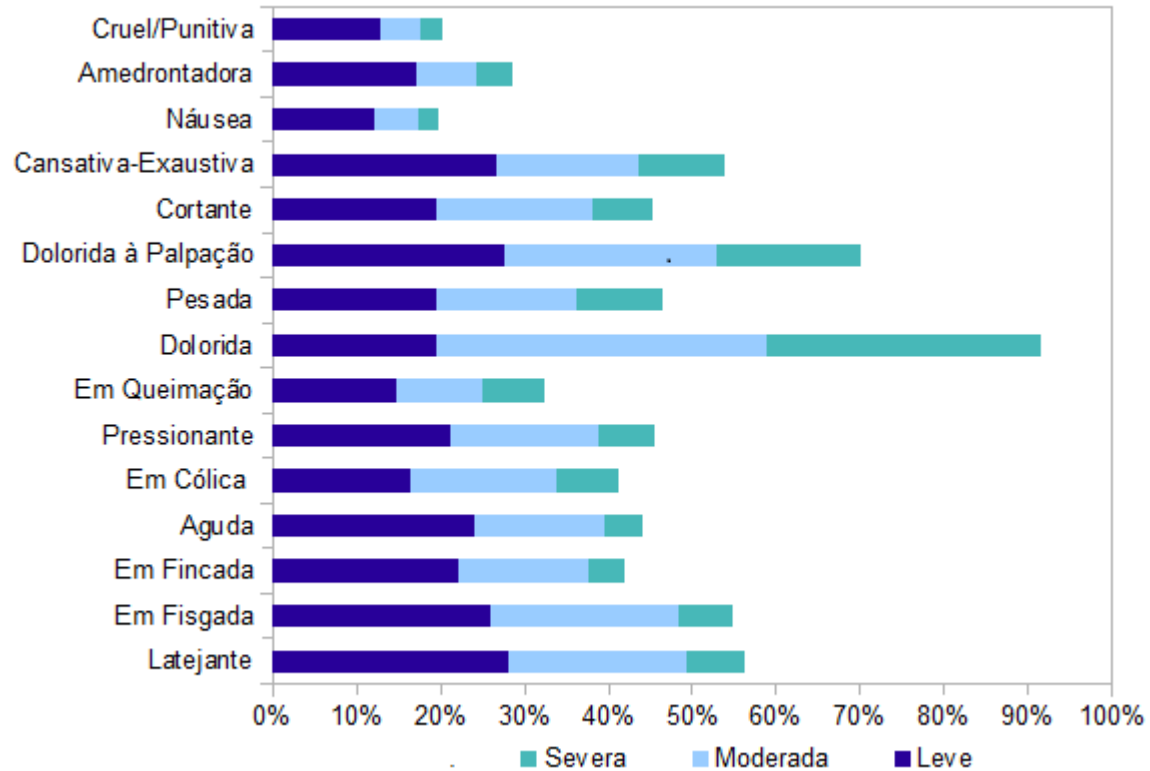
Variáveis (n=947)	Mulheres submetidas ao parto cesáreo	
	n	%
<b>Analgesia intraoperatória</b>		
Opioide	469	49,5
Opioide e analgésico simples	400	42,2
Opioide e AINE	32	3,4
Opioide, analgésico simples e AINE	12	1,3
Opioide e esteroidal	13	1,4
Opioide, analgésico simples e esteroidal	21	2,2
<b>Esterilização Tubária</b>		
Sim	83	8,8
Não	864	91,2

A incidência de dor no POI foi de 92,5% (IC:95% 90,0%-93,9%), desencadeada pela movimentação (73,5%), e a incidência de dor moderada, forte e pior possível foi de 79,2% (CI:95%:76,5%-81,6%). (Tabela 5). A média dos escores de intensidade da dor referida no pior momento (“mais forte”), nesse período, foi de 6,5 (dp=2,1).

**Tabela 5** – Características da dor pós-operatória entre as mulheres submetidas à cesariana eletiva. Goiânia - FEV 2014 - MAIO 2015

Variáveis	Mulheres submetidas ao parto cesáreo	
	n	%
<b>Dor no Local da Cirurgia (n=945)</b>		
Sim	874	92,5
Não	71	7,8
<b>Intensidade da Dor (873)</b>		
Leve (1-4)	125	14,3
Moderada (5-6)	288	33,0
Forte (7-9)	336	38,5
Pior Dor Possível (10)	124	14,2
<b>Momento que Sente Dor (n=871)</b>		
Movimento	646	74,0
Repouso	14	1,6
Sempre	211	24,2

As palavras mais frequentemente escolhidas pelas mulheres para caracterizar a dor foram “dolorida” (91,4%), “dolorida à palpação” (70,1%) e “latejante” (56,3%), e aquelas que prevaleceram ao quantificar a intensidade da sensação como severa, foram “dolorida” (32,6%), “dolorida à palpação” (17,1%) e cansativa-exaustiva (10,4%). Os descritores mais utilizados ao quantificar a intensidade da sensação como moderada, foram “dolorida” (39,4%), “dolorida à palpação” (25,5%) e “fisgada” (21,3%) (Figura 4).



**Figura 4:** Distribuição da frequência de escolha dos descritores de dor e dos escores atribuídos à magnitude de cada sensação do MPQ-SF. Goiânia - FEV 2014 - MAIO 2015

Na análise univariada, as variáveis dor pré-operatória, ansiedade-traço, ansiedade-HAD e tempo de duração da cirurgia acima de 30 minutos estiveram associadas significativamente com o relato de dor  $\geq 5$  (moderada/forte/pior possível) no pós-operatório (Tabela 6).

**Tabela 6 –** Potenciais fatores preditores da dor pós-operatória  $\geq 5$  (moderada, forte ou pior possível), segundo as características clínicas e cirúrgicas de mulheres submetidas à cesariana. Goiânia - FEV 2014 - MAIO 2015

	Casos		Análise			
	n	%	$\beta$	OR	IC (95%)	p
<b>Média Idade em anos (dp)</b> (n=945)	25,5	(5,7)	0,00	1,00	0,97-1,03	0,899
<b>Dor pré-operatória</b> (n=944)						
Sim	230/274	83,9	0,43	1,54	1,06-2,23	0,021
Não	517/670	77,2				
<b>Ansiedade-Traço (IDATE)</b> (n=929)						
Alta/Média	348/419	83,1	0,44	1,55	1,12-2,15	0,008
Baixa	387/510	75,9				
<b>Ansiedade (HADS)</b> (n=921)						
Sim	322/386	83,4	0,45	1,58	1,13-2,20	0,007
Não	407/535	76,0				
<b>Depressão (HADS)</b> (n=921)						
Sim	110/136	80,9	0,12	1,13	0,71-1,79	0,591
Não	619/785	78,9				
<b>Cesariana anterior</b> (n=945)						
Sim	254/335	75,8	-0,30	0,73	0,53-1,01	0,062
Não	494/610	81,0				
<b>Esterilização tubária</b> (n=945)						
Sim	72/83	86,7	0,58	1,80	0,93-3,46	0,078
Não	676/862	78,4				
<b>Duração da cirurgia <math>\geq 30</math> minutos</b> (n=945)						
Sim	345/416	82,9	0,41	1,21	1,09-2,10	0,012
Não	403/529	76,2				
<b>Opioide associado a outro analgésico</b> (n=945)						
Sim	369/477	77,4	-0,22	0,80	0,58-1,09	0,717
Não	379/468	81,0				

Na análise multivariada, após ajustamento por idade, a realização de esterilização tubária emergiu como o fator preditor mais consistente de dor  $\geq 5$  (moderada/forte/pior possível), dobrando a chance de ocorrência desse desfecho. A seguir, o tempo de duração da cirurgia acima do valor mediano (30 minutos), a presença de dor pós-operatória e níveis

médios ou altos de ansiedade-traço, também expuseram as mulheres à chance aumentada de dor após a cirurgia. Em contrapartida, a realização de cesariana anterior foi identificada como um fator protetor para a ocorrência desse tipo de dor (Tabela 7)

**Tabela 7** – Fatores preditores da dor pós-operatória de intensidade  $\geq 5$  (moderada, forte ou pior possível), segundo as características clínicas e cirúrgicas de mulheres submetidas à cesariana. Goiânia - FEV 2014 - MAIO 2015

Variáveis	$\beta$	OR <sub>ajust</sub> <sup>a</sup>	IC (95%)	<i>p</i>
Esterilização tubária	0,81	2,26	1,12-4,57	0,023
Tempo de cirurgia	0,44	1,56	1,11-2,18	0,009
Dor pré-operatória	0,43	1,54	1,05-2,26	0,026
Ansiedade média/alta	0,40	1,50	1,07-2,09	0,018
Cesariana anterior	-0,42	0,65	0,46-0,92	0,014

<sup>a</sup> Odds Ratio ajustado pela idade.

## 6 DISCUSSÃO

O presente estudo evidenciou, em número expressivo de mulheres, que a dor pós-operatória ainda é muito frequente após a cesariana. Adicionado a isso, que a minoria delas referiu dor leve, clinicamente aceitável, frente ao avanço ocorrido nos conhecimentos sobre a experiência dolorosa e seu alívio. Também, ofereceu evidências científicas sobre os potenciais fatores que influenciam a resposta dor pós-operatória, especialmente, frente às modificações gestacionais.

Outros estudos estimaram incidência de dor pós-operatória de 100% nessa população (BUHAGIAR *et al.*, 2011; KARLSTROM *et al.*, 2007; PAN *et al.*, 2006), muito próxima àquela encontrada em nosso estudo (92,5%), confirmando a presença dessa experiência em mulheres submetidas à cesariana em outros cenários cirúrgicos.

Sabemos que estímulos nociceptivos mecânicos e/ou térmicos geram lesões teciduais durante a cirurgia, resultando em acúmulo de substâncias algogênicas nas terminações nervosas livres. Uma vez sensibilizadas, ocorre despolarização da membrana neuronal e carreamento da informação dolorosa às estruturas supra-segmentares que processam cognitivamente e conscientemente a dor (ALVES NETO *et al.*, 2009).

Adicionado a isso, ocorre o processo inflamatório, com liberação de substâncias que promovem uma resposta exagerada aos estímulos dolorosos na região limitada da lesão (hiperalgesia primária) e na região perilesional (hiperalgesia secundária) (WOOLF, 1989).

No entanto, ainda que a ocorrência de dor pós-operatória seja um evento fisiológico e, portanto “esperado” no período pós-operatório imediato, o adequado alívio dessa experiência poderia ser assegurado mediante o uso de técnicas anestésico-cirúrgicas mais avançadas, disponibilidade de novos fármacos, aplicação de conhecimentos básicos sobre a dor pós-operatória e redução das repercussões negativas advindas da nocicepção (LOVICH-SAPOLA; SMITH; BRANDT, 2015).

Ademais, o alívio da dor é um direito humano (BRENNAN; COUSINS, 2001) e, também, compromisso de profissionais da saúde no que se refere ao cumprimento dos princípios éticos que incluem a autonomia dos pacientes sobre seu plano terapêutico; o

princípio da beneficência, que foca as condutas antiéticas frente às demandas do paciente com dor; o da não maleficência, que envolve dilemas quanto ao risco-benefício do uso de opioides e aplicação de procedimentos dolorosos desnecessários; e o princípio da justiça, que rege a prática assistencial, tratando da distribuição igualitária no acesso ao tratamento da dor (SANTOS et al. 2012).

Em relação à intensidade da dor pós-operatória, estudo prospectivo, conduzido com 65 mulheres, cujo objetivo foi investigar a relação entre intensidade de dor experimental e dor após o parto cesáreo, avaliada em diversos momentos nas primeiras 48 horas após a cirurgia, por meio da Escala Numérica de Dor de 11 pontos, evidenciou que a média dos escores atribuídos à intensidade dessa experiência, 12 horas após o término do procedimento cirúrgico foi de 6,18. Karlstrom *et al.* (2007) também evidenciaram média dos escores de intensidade da dor (obtidos por meio da EVA, de 10 cm) de 6,0 (MÍN=1; MÁX=10) após o parto cesáreo (n=60), no pior momento, (BUHAGIAR *et al.* (2011), pouco inferior aos achados do presente estudo.

Elevada intensidade de dor também foi encontrada no Brasil. Souza et al. (2009) estimaram incidência de dor pós-operatória de 100%, com intensidade média de 6,9 (dp=2,1), avaliada por meio da END, em um grupo de 60 mulheres. Houve associação entre as características da dor pós-cesariana com limitações na capacidade para realizar as atividades de sentar e levantar, o que aponta restrição nas atividades relacionadas aos primeiros cuidados com o recém-nascido, incluindo a amamentação.

No presente estudo, embora não fosse objetivo investigar o comprometimento nas atividades cotidianas das mulheres devido a dor pós-operatória, evidências apontam maior frequência de dor ao movimento, corroborando os achados de Souza *et al.* (2009). Ademais, a intensidade dessa dor foi maior que quatro, alertando para possíveis prejuízos na realização de atividades de autocuidado exigidas logo após o parto.

Nesse sentido, vale citar os estudos que evidenciaram ser a presença de dor pós-operatória, com média de escores de intensidade maior que quatro na END (0-10), ou maior que 40 mm na EVA (10 cm), inaceitável (KATZ *et al.*, 2005; SOMMER *et al.*, 2009). Escores quatro foram considerados válidos como ponto de corte para impacto negativo nas dimensões física e emocional do indivíduo (PAUL *et al.*, 2005; SERLIN *et al.*, 1995). No presente estudo, apenas 14,3% das mulheres atribuíram escores iguais ou menores

que quatro à intensidade de sua dor, apontando urgência em se considerar a avaliação da experiência dolorosa na população feminina submetida à cesariana.

Esse impacto negativo, que abrange aspectos físicos e emocionais, pode ser ainda maior entre mulheres submetidas à cesariana, pois precisam prestar cuidados ao recém-nascido, promover a amamentação e estabelecer o vínculo mãe-filho (GADSDEN; HART; SANTOS, 2005)

Lembramos que, além dos prejuízos amplamente conhecidos que a dor pós-operatória causa na saúde do paciente, pesquisas evidenciam que a presença de dor de elevada intensidade após a cirurgia é um dos preditores mais consistentes para a persistência da dor pós-operatória (KEHLET; JENSEN; WOOLF, 2006; MACRAE, 2008; VANDENKERKHOF; PETERS; BRUCE, 2013). Esse achado também foi encontrado entre mulheres submetidas à cesariana (EISENACH *et al.*, 2008; KAINU *et al.*, 2010; SNG *et al.*, 2009), inclusive brasileiras (CANÇADO *et al.*, 2012).

As palavras utilizadas com maior frequência para descrever a dor pós-cesariana foram: “dolorida”, “dolorida à palpação” e “latejante”, todas pertencentes ao agrupamento sensitivo da dor no Questionário de Dor de McGill-SF. Souza *et al.* (2009) também evidenciaram que as palavras escolhidas com maior frequência pelas mulheres submetidas à cesariana pertenciam ao grupo sensitivo - “que prende” (62,5%); “que repuxa” (60%) e “cólica” (57,5%) - divergindo dos achados de Varella (2011), que encontrou descritores da dimensão afetiva-motivacional - “enjoada” (70,8%) - e sensitiva-discriminativa - “pontada” 70% e fina 62,5%- como os mais frequentemente escolhidos por essa mesma população.

Estudos que investigaram a qualidade da dor em pacientes submetidos a outros tipos de cirurgias, utilizando a forma longa (FORTIN; SCHWARTZ-BARCOTT; ROSSI, 1992) e a reduzida (MCDONALD; WEISKOPF, 2001) do Questionário de Dor de McGill, evidenciaram que a dor pós-operatória é descrita predominantemente por descritores sensitivos. McDonald e Weiskopf (2001) defendem que esse achado pode ser justificado, em parte, pela desproporcionalidade na quantidade de palavras em cada agrupamento do Questionário. Zalon (1999) defende que os pacientes podem querer minimizar a dimensão afetiva da sua dor, e que a razão para essa atitude deve ser explorada cientificamente.

O procedimento cirúrgico é percebido como um momento muito difícil para o paciente e o enfermeiro tem papel fundamental no monitoramento perioperatório, para diagnosticar, planejar, implementar e avaliar resultados e processos, com o objetivo de alcançar a pronta recuperação e a redução do sofrimento. Para isso, é necessário conhecer a subjetividade do outro e compreendê-lo na sua multidimensionalidade.

Massaron *et al.* (2008) encontraram descritores sensitivos e afetivos ao descreverem as características da dor pós-operatória entre 1.440 pessoas, representados pelos homens, com idades entre 17 e 90 anos, submetidos à herniorrafia. Evidenciaram que os descritores escolhidos por mais de 30% dos clientes foram “doída”, “pesada”, “castigante” e “sensível”.

A palavra “dolorida”, semelhantemente aos nossos achados, foi encontrada entre as mais utilizadas para descrever a dor pós-operatória em estudo que correlacionou o MPQ-SF (MELZACK, 1987) e o MPQ-LF (MELZACK, 1975), antes do emprego de técnicas analgésicas e trinta minutos após essa aplicação, em amostra de 40 pacientes (27 ingleses e 13 franceses) submetidos a diferentes intervenções cirúrgicas. Assim, apontamos a mensuração da qualidade da dor como ponto importante na avaliação multidimensional da experiência dolorosa, ponto de penetração para ampliar o sucesso no alívio da dor pós-operatória.

Ainda não se sabe, claramente, o motivo pelo qual tem havido pouco progresso no tratamento da dor aguda pós-operatória, mas credita-se que a causa seja multifatorial, incluindo escassez de avaliação e documetação da dor, ausência de protocolos específicos para manejo da dor pós-operatória, deficiência na gestão dos programas de educação em dor para profissionais de saúde, uso reduzido de técnicas analgésicas eficazes e baixa adesão às diretrizes disponíveis sobre manejo da dor (WU; RAJA, 2011)

A ideia de que a dor pós-operatória é um evento normal e, portanto, esperado, pode contribuir para que a atenção dos profissionais de saúde permaneça voltada, principalmente, para a prevenção de complicações pós-operatórias como sangramentos, infecções e fístulas (BASSANEZI; OLIVEIRA FILHO, 2006).

Enfatizamos a importância da contribuição do enfermeiro na gestão da dor, que envolve uma série de relações e processos complexos, incluindo o trabalho em equipe, colaborativo, interdisciplinar e a participação ativa do paciente no planejamento da

assistência. Os profissionais devem obter e utilizar, de forma sistemática, as informações dos pacientes sobre a dor que estão sentindo, e considerá-los como autoridade sobre essa experiência (HAYES; GORDON, 2015).

Esforços foram empreendidos na última década para difusão de informações sobre a dor por organizações voltadas ao estudo dessa experiência e das formas de aliviá-la. Adicionado a isso, houve implementação de políticas públicas nacionais e internacionais sobre dor. Nos Estados Unidos, no ano de 2001, foi lançado o projeto “Década da Pesquisa e Controle da Dor”, no qual a dor passou a ser considerada uma prioridade na saúde pública e foi alvo de mais recursos para financiamento de pesquisas de intervenção e educação em dor em todo o país (NELSON, 2003).

Ao mesmo tempo, a Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde (JCAHO), uma das mais importantes organizações de acreditação e certificação de instituições de saúde em âmbito internacional, começou a incentivar formalmente o controle da dor como "O Quinto Sinal Vital", com vistas a imprimir melhoria no cuidado ao paciente com dor e superar barreiras no processo de gestão, frequentemente relacionadas à subvalorização dessa experiência (GATCHEL *et al.*, 2014).

No Brasil, a Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED) lançou o projeto denominado “Brasil sem Dor” que visou o desenvolvimento de ações voltadas para a assistência e educação em dor, para profissionais de saúde e população em geral, para colaborar em nível governamental na concretização de uma política nacional de saúde em dor. Esses esforços culminaram, no ano de 2006, com a criação da Câmara Técnica de Dor e Cuidados Paliativos, por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 3150 de 12 de dezembro de 2006, que possui a finalidade de subsidiar o Ministério da Saúde na área de controle da dor e cuidados paliativos (BRASIL, 2006; MÁRQUEZ, 2004; ALVES NETO *et al.*, 2009).

Quanto aos potenciais fatores associados ao relato de dor pós-operatória, o tempo de duração da cirurgia (maior que 30 minutos) emergiu como um fator de risco para o relato de dor moderada-forte-pior possível (OR: 1,57: 1,12- 2,19). Sobre isso, foi encontrado somente um estudo que analisou essa variável na mesma população, no entanto não foi encontrada correlação significativa (PAN *et al.*, 2006), o que aumenta a importância de nossos achados.

Todavia, a duração da cirurgia foi investigada em outros procedimentos cirúrgicos como um potencial fator preditor de dor pós-operatória, evidenciando resultados divergentes (BISGAARD *et al.*, 2001; CAUMO *et al.*, 2002; ROBLEDA *et al.*, 2014). Semelhantemente aos nossos achados, Raschke *et al.* (2014) verificaram, em uma amostra de 85 pacientes submetidos à cirurgia de reparo de fratura, que um tempo acima da média (65 minutos) para a realização da cirurgia foi fator de risco para dor intensa no pós-operatório. Esses autores conjecturam que a duração da cirurgia acima da média pode ser um sinal de que a realização do procedimento foi mais complexo, exigindo maior manipulação e exposição dos tecidos, o que ocasionaria prolongamento no processo de nocicepção, o que poderia resultar em maior intensidade da sensação dolorosa no pós-operatório (RASCHKE *et al.*, 2014).

Não encontramos pesquisas semelhantes que avaliassem a relação entre a realização de esterilização tubárea em conjunto com a cesariana e dor pós-operatória, mesmo essa prática tendo sido bastante comum nas últimas décadas (CUNHA; WANDERLEY; GARRAFA, 2007; FORREST; FORDYCE, 1993). Porém, acreditamos, como colocado por Raschke (2014), que nessas situações possa ocorrer manipulação e também exposição maior de tecidos, contribuindo com o aumento da intensidade de dor após a cirurgia.

Ainda, entre os fatores cirúrgicos que influenciam a resposta dor, identificamos a realização prévia de cesariana como um fator protetor de dor pós-operatória. Os achados de outros estudos sobre essa relação é conflitosa, de forma que aqueles que avaliaram a dor após o parto cesáreo não encontraram associação (BUHAGIAR *et al.*, 2011; HARDY-FAIRBANKS *et al.*, 2013; KARLSTROM *et al.*, 2007; VARELLA, 2011) e, entre estudos com outras cirurgias, há aqueles que identificaram a realização de uma cirurgia anterior como um fator de risco para dor pós-operatória (LIU *et al.*, 2012; SCOTT; CLUM; PEOPLES, 1983) e aqueles que não observam tal associação (CAUMO *et al.*, 2002; RADINOVIC *et al.*, 2014; ZHAO *et al.*, 2014).

Vale ressaltar que as amostras utilizadas nos estudos que investigaram a relação entre cesariana prévia e dor são reduzidas. Adicionado a isso, outras cirurgias, muitas vezes realizadas pela necessidade de resolução de um problema de saúde pré-existente, que pode estar gerando dor constante e talvez intensa, pode ter levado a sensibilização

de neurônios antes mesmo da cirurgia (LIU *et al.*, 2012), influenciando a resposta dor no pós-operatório, o que não é comum entre as mulheres antes da cesariana.

Acreditamos, também, que a mulher com experiência prévia com a cesariana pode ter adquirido conhecimento e experiência sobre a dor sentida após o parto, e por isso use mecanismos mais eficazes para enfrentamento da dor do que aquelas que estão vivenciando essa situação pela primeira vez. Estudos apontam que a informação sobre uma situação que tem o potencial de causar dor, auxilia na redução da intensidade dessa experiência em situação semelhante (BUTLER; MOSELEY, 2011; SJOLING *et al.*, 2003). Pesquisas sobre dor pós-operatória, com abordagem bio-psico-sócio-espiritual são desejadas, uma vez que a resposta da mulher que deu à luz, mesmo tendo sido submetida à cirurgia anterior, podem responder diferentemente à dor quando comparadas a pacientes operados por outros motivos.

A ansiedade esteve associada significativamente com a intensidade da dor pós-operatória. Mulheres mais ansiosas antes da cirurgia apresentaram maior chance (OR: 1,07: 1,03-1,16) de referir dor moderada-forte-pior possível, quando comparadas às mulheres pouco ansiosas, embora com força de associação baixa

Todavia, ainda que essa relação entre ansiedade e dor tenha sido alvo de pesquisadores desde a década de 1950 (JANIS, 1958), verificamos pouca produção de conhecimento sobre o assunto entre mulheres submetidas à cesariana. Dois estudos (PAN *et al.*, 2006; PAN *et al.*, 2013) que avaliaram a influência da ansiedade sobre dor pós-operatória entre mulheres submetidas ao parto cesáreo encontraram associação entre essas variáveis. No estudo desenvolvido por Pan *et al.* (2006) foi evidenciada associação entre ansiedade e consumo de analgésicos durante e após a cirurgia, lembrando que a média dos escores atribuídos à ansiedade foi inferior (36,0; dp=8,3) ao do presente estudo (40,1; dp=8,9).

Em estudo mais atual (PAN *et al.*, 2013), foi desenvolvido e validado um modelo preditivo de dor após a cesariana, que consistia em três simples questões, no qual a ansiedade, juntamente com a expectativa de dor e de uso de medicamentos foram identificados como fatores preditores de dor pós-operatória. Nossos achados corroboram os de Pan *et al.* (2013), embora o instrumento de avaliação tenha sido diferente, e essa

contribuição é valiosa diante do fato de muitas mulheres estarem sendo submetidas a essa modalidade de parto.

Entre pacientes submetidos a outros tipos de cirurgias como a histerectomia (KAIN *et al.*, 2001), colecistectomia (SCOTT; CLUM; PEOPLES, 1983), artroplastia (PINTO *et al.*, 2013) e câncer de mama (KATZ *et al.*, 2005) evidências foram produzidas sobre a amplificação da dor pós-operatória pela ansiedade, relacionada ao fato dessa variável aumentar a reatividade das fibras nervosas, diminuindo o limiar de dor. De maneira semelhante, Carter *et al.* (2002) verificaram que a ansiedade reduziu significativamente a tolerância à dor experimental.

É amplamente conhecido que a expectativa de realização de procedimentos cirúrgicos é estressante e provoca ansiedade, pois, entre outros fatores, o paciente necessita permanecer em um ambiente estranho, separado da família e dos amigos e depender de cuidados de pessoas não conhecidas (GARBEE; GENTRY, 2001).

Nesse cenário, a implementação de estratégias que busquem a redução dos níveis de ansiedade pré-operatórios, como, por exemplo, a educação perioperatória e musicoterapia são desejadas (BAILEY, 2010).

Os enfermeiros que lidam com pacientes cirúrgicos possuem conhecimento especializado não só sobre cirurgias, mas também conhecem o ambiente cirúrgico e as situações que os pacientes terão que vivenciar no perioperatório. Esse conhecimento os posiciona, singularmente, como profissionais fundamentais na implementação de ações com vistas à redução dos níveis de ansiedade (BAILEY, 2010) e prevenção dos prejuízos dela advindos, como a dor pós-operatória.

Outro fator que exerceu efeito sobre a dor pós-operatória em nosso estudo foi a presença de dor antes da realização da cirurgia. Esse fator tem sido pobremente investigado entre mulheres submetidas à cesariana, de forma que foi encontrado somente um estudo abordando essa relação (n=48) (HARDY-FAIRBANKS *et al.*, 2013). Nele não foi evidenciada associação significativa entre as variáveis. Contudo, diversos estudos com pacientes submetidos a outros tipos de cirurgias apresentam resultados semelhantes aos nossos (DESAI; CHEUNG, 2012; GRAMKE *et al.*, 2009; INHESTERN *et al.*, 2014; KALKMAN *et al.*, 2003; LIU *et al.*, 2012; SOMMER *et al.*, 2009).

Kalkman *et al.* (2003), em uma coorte de composta por 1.416 pacientes submetidos à diversos procedimentos cirúrgicos, verificaram que a presença de dor pré-operatória foi um dos preditores mais fortes de dor de intensidade  $\geq 8$ , avaliado pela END (0-10), na primeira hora após a cirurgia.

Existem várias possíveis explicações para esse fenômeno, muitas delas baseadas no mecanismo de neuroplasticidade, ou seja, ocorrência de alterações no processamento de estímulos nociceptivos pelo sistema nervoso central. Uma das hipóteses é a de que a dor pré-operatória poderia induzir mudanças estruturais e funcionais no processamento nociceptivo do sistema nervoso central que culminassem numa vulnerabilidade aumentada aos estímulos nociceptivos que ocorrem durante e após a cirurgia (WILDER-SMITH; TASSONYI; ARENDT-NIELSEN, 2002).

Com relação à dor pré-operatória crônica existem poucas dúvidas sobre sua influência nas alterações cerebrais de âmbito morfológico, funcional e químico, que resultam em maior sensibilização, a qual é expressa em aumento na intensidade da dor pós-operatória (APKARIAN, 2004)

Outros pesquisadores também conjecturam que a dor pré-operatória e, conseqüentemente, a preocupação com a mesma, refletiriam, em uma certa extensão, no escore de dor dado pelo paciente ao avaliar a dor pós-operatória (KALKMAN *et al.*, 2003).

A investigação da presença de dor pré-operatória é especialmente relevante nesse grupo de mulheres, pois a gestação é comumente acompanhada por algum tipo de dor, principalmente lombalgias (GOMES *et al.*, 2013), conforme encontrado em nosso estudo, no qual quase um terço das mulheres (29%) referiram estar sentido algum tipo de dor momentos antes da cirurgia.

Além da presença de dor pré-operatória, a literatura também tem apontado que a catastrofização da dor está entre os fatores preditores de dor pós-operatória em geral (GRANOT; FERBER, 2005; PAPAIOANNOU *et al.*, 2009; PAVLIN *et al.*, 2005; ROTH *et al.*, 2007; SOMMER *et al.*, 2009; STRULOV *et al.*, 2007), porém essa associação não foi investigada em nosso estudo.

Há registros de outras pesquisas em andamento que abordam essa temática em mulheres submetidas à cesariana, porém ainda não estão disponíveis os resultados parciais (LANDAU *et al.*, 2010; TAPAR, 2015).

Pesquisadores apontam que a catastrofização da dor medeia a relação entre medo de dor e preferência pela cesariana eletiva (DEHGHANI; SHARPE; KHATIBI, 2014), o que nos leva a conjecturar que a ocorrência de pensamentos catastróficos seja frequente entre as cesariadas, sendo, portanto, necessário o desenvolvimento de pesquisas sobre essa temática a fim de esclarecer melhor os fatores envolvidos na sensação dolorosa nesse contexto.

Nosso estudo representa um avanço no conhecimento sobre a dor pós-operatória em mulheres submetidas à cesariana, pois possibilita o planejamento do cuidado a essas mulheres, visando à prevenção da ocorrência desse tipo de dor e, conseqüentemente, dos prejuízos associados ao seu subtratamento.

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser superadas em pesquisas futuras. Uma delas está relacionada ao uso de amostra não aleatória, no entanto, o número de participantes é considerável e os resultados robustos. Outra limitação foi a não investigação de variáveis relacionadas ao planejamento da gravidez (se foi desejada ou não), uma questão relevante dada à influência de fatores bio-psico-sócio-espirituais sobre a dor.

## 7 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo evidenciaram que a dor pós-operatória é uma experiência altamente frequente entre mulheres submetidas à cesariana e se manifesta com intensidade clinicamente inaceitável, ou seja, que pode prejudicar a saúde do binômio mãe-filho no período pós-operatório imediato. Essa realidade nos faz refletir sobre a dificuldade dos profissionais de saúde em desempenhar ações preventivas e curativas relacionadas à dor, apesar dos avanços ocorridos na produção do conhecimento sobre dor e fármacos, métodos multimodais de analgesia e novas técnicas anestésico-cirúrgicas.

A dimensão da dor expressa pelos descritores utilizados com maior frequência na descrição da dor pós-operatória é a sensitiva-discriminativa, no entanto outros descritores da dimensão afetivo-motivacional também foram escolhidos, apontando a multidimensionalidade da dor pós-operatória, fato que alerta para a importância da abordagem bio-psico-sócio-espiritual na escolha da terapêutica analgésica e cuidados preventivos no perioperatório.

A intensidade elevada de dor pós-operatória sofreu influência da esterilização tubária realizada concomitantemente à cesariana, do tempo de cirurgia acima de 30 minutos, presença de dor pré-operatória e níveis elevados de traço ansioso, contribuindo nos conhecimentos sobre os fatores que impõe maior sofrimento às mulheres no período pós-operatório. Identificar essas pacientes pode contribuir no sucesso da recuperação pós-operatória e evitação de sequelas físicas e psicológicas para a mulher. Em contrapartida, a realização de cesariana, anteriormente, emergiu como um fator protetor na ocorrência de dores mais intensas, o que fortalece as colocações sobre experiências anteriores com dor poderem influenciar a resposta dolorosa em situações futuras.

Para evitar a ocorrência de desfechos indesejáveis às mulheres que se submetem à cesariana, o enfermeiro tem lugar de destaque, pela competência para agir na prestação de ações preventivas e curativas que contribuem no cuidado a esse grupo cirúrgico, bastante diferenciado dos demais, pela finalidade da cirurgia: o nascimento de uma criança. Assim, alertamos para a necessidade de prevenção e controle adequados da dor pós-operatória nessa população, com vistas à prevenção de complicações que

reduzem a autonomia da puérpera no cuidado ao recém-nascido e interferem negativamente nas primeiras interações entre mãe-filho, prejudicando a vivência inicial da maternidade.

## REFERÊNCIAS

- ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. [internet] São Paulo; 2013 [updated 2013 jan 1; cited 2013 jan 21]; Available from: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=835>.
- Alabas OA, Tashani OA, Tabasam G, Johnson MI. Gender role affects experimental pain responses: a systematic review with meta-analysis. *Eur J Pain*. 2012 Oct;16(9):1211-23.
- Alves Neto O, Costa CMC, Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor: princípio e prática. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 1440.
- Apfelbaum JL, Chen C, Mehta SS, Gan TJ. Postoperative pain experience: results from a national survey suggest postoperative pain continues to be undermanaged. *Anesth Analg*. 2003 Aug;97(2):534-40, table of contents.
- Apkarian AV. Cortical pathophysiology of chronic pain. *Novartis Found Symp*. 2004;261:239-45; discussion 45-61.
- ASA. Practice guidelines for acute pain management in the perioperative setting: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Acute Pain Management. *Anesthesiology*. 2012 Feb;116(2):248-73.
- Attari MA, Mirhosseini SA, Honarmand A, Safavi MR. Spinal anesthesia versus general anesthesia for elective lumbar spine surgery: A randomized clinical trial. *J Res Med Sci [serial on the Internet]*. 2011 3214358]; 16(4):524-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22091269>.
- Aubrun F, Salvi N, Coriat P, Riou B. Sex- and age-related differences in morphine requirements for postoperative pain relief. *Anesthesiology*. 2005 Jul;103(1):156-60.
- Bachion MM, Peres AS, Belisário VL, Carvalho EC. Estresse, ansiedade e coping: uma revisão dos conceitos, medidas e estratégias de intervenção voltadas para a prática de enfermagem. *Rev Min Enf*. 1998;2(1):33-9.
- Bailey L. Strategies for decreasing patient anxiety in the perioperative setting. *AORN J*. 2010 Oct;92(4):445-57; quiz 58-60.
- Barlow DH. Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic [internet]. New York: Guilford Press; 2002 [cited 2015 2015]. Available from: <http://books.google.com.sci-hub.org/books?hl=pt-BR&lr=&id=Lx9hf-3ZJCQC&oi=fnd&pg=PA1&dq=Anxiety+and+its+Disorders:+The+Nature+and+Treatment+of+Anxiety+and+Panic&ots=WgunHpaK8m&sig=ZrKmVhG8NS6ywlQZKUSdqs-wVAI>.
- Barsky AJ, Peekna HM, Borus JF. Somatic symptom reporting in women and men. *J Gen Intern Med*. 2001 Apr;16(4):266-75.
- Bassanezi BSB, Oliveira Filho AG. Analgesia pós-operatória. *Rev Col Bras Cir [serial on the Internet]*. 2006 [cited 2015 jun 13]; 33(2):116-22. Available from: [http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0100-69912006000200012&pid=S0100-69912006000200012&pdf\\_path=rcbc/v33n2/v33n2a11.pdf&lang=pt](http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0100-69912006000200012&pid=S0100-69912006000200012&pdf_path=rcbc/v33n2/v33n2a11.pdf&lang=pt).

Beiranvand S, Noparast M, Eslamizade N, Saeedikia S. The effects of religion and spirituality on postoperative pain, hemodynamic functioning and anxiety after cesarean section. *Acta Med Iran*. 2014;52(12):909-15.

BIAGGIO A, NATALICIO LF, SPIELBERGER CD. Desenvolvimento da forma experimental em português do IDATE. *Arq Bras Psic Apl* 1977;29:33-44.

Bisgaard T, Klarskov B, Rosenberg J, Kehlet H. Characteristics and prediction of early pain after laparoscopic cholecystectomy. *Pain*. 2001 Feb 15;90(3):261-9.

Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Júnior CG, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública*. 1995 2013 ago 28;29(5):355-63.

BRASIL. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher [internet]. Brasília. 2001 [cited 2015 fev 10]. Available from: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf).

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.150, de 12 de dezembro de 2006. Institui a Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos. *Diário Oficial da União*. 13 dez 2006 [acesso 13 jun 2015]. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=111&data=13/12/2006>

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. [internet]. Brasília. 2012. Available from: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab32>

Brennan F, Cousins MJ. Pain relief as a human right. *Pain Clinical Updates*. 2001;12(5):1-4.

Buhagiar L, Cassar OA, Brincat MP, Buttigieg GG, Inglott AS, Adami MZ, et al. Predictors of post-caesarean section pain and analgesic consumption. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2011 Apr;27(2):185-91.

Burrows LJ, Meyn LA, Weber AM. Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2004 May;103(5 Pt 1):907-12.

Butler DS, Moseley GL. Explicando a dor. Butler DS, editor. Adelaide City: Noi Grups; 2011.

Cançado TOB, Omais M, Ashmawi HA, Torres MLA. Dor Crônica Pós-Cesariana. Influência da Técnica Anestésico-Cirúrgica e da Analgesia Pós-Operatória. *Rev Bras Anesthesiol*. 2012;62(6):762-74.

Carter LE, McNeil DW, Vowles KE, Sorrell JT, Turk CL, Ries BJ, et al. Effects of emotion on pain reports, tolerance and physiology. *Pain Res Manag*. 2002 Spring;7(1):21-30.

Caumo W, Schmidt AP, Schneider CN, Bergmann J, Iwamoto CW, Adamatti LC, et al. Preoperative predictors of moderate to intense acute postoperative pain in patients undergoing abdominal surgery. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2002 Nov;46(10):1265-71.

Chia YY, Chow LH, Hung CC, Liu K, Ger LP, Wang PN. Gender and pain upon movement are associated with the requirements for postoperative patient-controlled iv analgesia: a prospective survey of 2,298 Chinese patients. *Can J Anaesth*. 2002 Mar;49(3):249-55.

- Coderre TJ, Katz J, Vaccarino AL, Melzack R. Contribution of central neuroplasticity to pathological pain: review of clinical and experimental evidence. *Pain*. 1993 Mar;52(3):259-85.
- Cohen L, Fouladi RT, Katz J. Preoperative coping strategies and distress predict postoperative pain and morphine consumption in women undergoing abdominal gynecologic surgery. *J Psychosom Res*. 2005 Feb;58(2):201-9.
- Costa LCM, Mahera CG, McAuley JH, Hancock MJ, Oliveira WdM, Azevedo DC, et al. The Brazilian-Portuguese versions of the McGill Pain Questionnaire were reproducible, valid, and responsive in patients with musculoskeletal pain. *Journal of Clinical Epidemiology [serial on the Internet]*. 2011 [cited 2013 ago 9]; 64(8):903–12. Available from: [http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CE8QFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.bodyinmind.org%2Fwp-content%2Fuploads%2FJ-Clin-Epidemiol-2011-da-C-Menezes-Costa.pdf&ei=VFUFUumsCcri4AP8qoH4CQ&usg=AFQjCNHwtSJ\\_VrgfD6foMsSUoWp6kKF2sQ&sig2=DNQmfmhdQwEEUwXa03k1UQ&bvm=bv.50500085,d.dmg&cad=rja](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CE8QFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.bodyinmind.org%2Fwp-content%2Fuploads%2FJ-Clin-Epidemiol-2011-da-C-Menezes-Costa.pdf&ei=VFUFUumsCcri4AP8qoH4CQ&usg=AFQjCNHwtSJ_VrgfD6foMsSUoWp6kKF2sQ&sig2=DNQmfmhdQwEEUwXa03k1UQ&bvm=bv.50500085,d.dmg&cad=rja).
- Couceiro TCM, Valença MM, Lima LC, Menezes TC, Raposo MCF. Prevalência e influência do sexo, idade e tipo de operação na dor pós-operatória. *Rev Bras Anestesiol* 2009;59(3):314-20.
- Cunha ACR, Wanderley MS, Garrafa V. Fatores associados ao futuro reprodutivo de mulheres desejosas de gestação após ligadura tubária. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007;29(5):230-4.
- Curatolo M, Petersen-Felix S, Arendt-Nielsen L, Fischer M, Zbinden AM. Temporal summation during extradural anaesthesia. *Br J Anaesth*. 1995 Nov;75(5):634-5.
- Curatolo M, Petersen-Felix S, Arendt-Nielsen L, Zbinden AM. Spinal anaesthesia inhibits central temporal summation. *Br J Anaesth*. 1997 Jan;78(1):88-9.
- Dahl JB, Moiniche S. Pre-emptive analgesia. *Br Med Bull*. 2004;71:13-27.
- DATAUS. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) [database on the Internet]2011 [cited 05/02]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/f08.def>.
- De Rojas JO, Syre P, Welch WC. Regional anesthesia versus general anesthesia for surgery on the lumbar spine: a review of the modern literature. *Clin Neurol Neurosurg*. 2014 Apr;119:39-43.
- Declercq E, Cunningham DK, Johnson C, Sakala C. Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: results of a national survey. *Birth [serial on the Internet]*. 2008; 35(1):16-24. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1523-536X.2007.00207.x/pdf>.
- Dehghani M, Sharpe L, Khatibi A. Catastrophizing mediates the relationship between fear of pain and preference for elective caesarean section. *Eur J Pain*. 2014 Apr;18(4):582-9.
- Desai VN, Cheung EV. Postoperative pain associated with orthopedic shoulder and elbow surgery: a prospective study. *J Shoulder Elbow Surg*. 2012 Apr;21(4):441-50.

- Diego RG, Cutando-Soriano A, Montero-Martín J, Prados-Frutos J-C, López-Valverde A. State anxiety and depression as factors modulating and influencing postoperative pain in dental implant surgery. A prospective clinical survey. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014.
- Eisenach JC, Pan P, Smiley RM, Lavand'homme P, Landau R, Houle TT. Resolution of pain after childbirth. *Anesthesiology*. 2013 Jan;118(1):143-51.
- Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, Lavand'homme P, Landau R, Houle TT. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain*. 2008 Nov 15;140(1):87-94.
- Ene KW, Nordberg G, Sjostrom B, Bergh I. Prediction of postoperative pain after radical prostatectomy. *BMC Nurs*. 2008;7:14.
- Feeney SL. The relationship between pain and negative affect in older adults: anxiety as a predictor of pain. *J Anxiety Disord*. 2004;18(6):733-44.
- Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos T, et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med*. 2013 Mar;43(3):471-81.
- Ferraz MB, Quaresma MR, Aquino LR, Atra E, Tugwell P, Goldsmith CH. Reliability of pain scales in the assessment of literate and illiterate patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1990 Aug;17(8):1022-4.
- Fillingim RB, King CD, Ribeiro-Dasilva MC, Rahim-Williams B, Riley JL, 3rd. Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *J Pain*. 2009 May;10(5):447-85.
- Fillingim RB, Maixnert W. Gender differences in the responses to noxious Stimuli. *Pain Forum* [serial on the Internet]. 1995 [cited 2014 fev 04]; 4(4):209-21. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S108231741180022X/pdf?md5=6a9a8dff6cb7bc7e106e4021f6bef7af&pid=1-s2.0-S108231741180022X-main.pdf>.
- Forrest JD, Fordyce RR. Women's contraceptive attitudes and use in 1992. *Fam Plann Perspect*. 1993 Jul-Aug;25(4):175-9.
- Fortin JD, Schwartz-Barcott D, Rossi S. The postoperative pain experience: a description based on the McGill Pain Questionnaire. *Clin Nurs Res*. 1992 Aug;1(3):292-304.
- Gadsden J, Hart S, Santos AC. Post-cesarean delivery analgesia. *Anesth Analg*. 2005 Nov;101(5 Suppl):S62-9.
- Garbee DD, Gentry JA. Coping with the stress of surgery. *AORN J*. 2001 May;73(5):946, 9-51.
- Gatchel RJ, McGeary DD, McGeary CA, Lippe B. Interdisciplinary chronic pain management: past, present, and future. *Am Psychol*. 2014 Feb-Mar;69(2):119-30.
- Goebel S, Steinert A, Vierheilig C, Faller H. Correlation between depressive symptoms and perioperative pain: a prospective cohort study of patients undergoing orthopedic surgeries. *Clin J Pain*. 2013 May;29(5):392-9.
- Gomes MRA, Araújo RC, Lima AS, Pitangui ACR. Lombalgia gestacional: prevalência e características clínicas em um grupo de gestantes. *Rev Dor*. 2013;14(2).

- Gramke HF, de Rijke JM, van Kleef M, Kessels AG, Peters ML, Sommer M, et al. Predictive factors of postoperative pain after day-case surgery. *Clin J Pain*. 2009 Jul-Aug;25(6):455-60.
- Granot M, Ferber SG. The roles of pain catastrophizing and anxiety in the prediction of postoperative pain intensity: a prospective study. *Clin J Pain*. 2005 Sep-Oct;21(5):439-45.
- Hardy-Fairbanks AJ, Lauria MR, Mackenzie T, McCarthy M, Jr. Intensity and unpleasantness of pain following vaginal and cesarean delivery: a prospective evaluation. *Birth*. 2013 Jun;40(2):125-33.
- Harkins SW, Price DD, Martelli M. Effects of age on pain perception: thermonociception. *J Gerontol*. 1986;41(7):58-63.
- Harkins SW. Geriatric pain. Pain perceptions in the old. *Clin Geriatr Med*. 1996;12(3):435.
- Hayes K, Gordon DB. Delivering quality pain management: the challenge for nurses. *AORN J*. 2015 Mar;101(3):328-34; quiz 35-7.
- Healey M, Maher P, Hill D, Gebert R, Wein P. Factors associated with pain following operative laparoscopy: a prospective observational study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1998 Feb;38(1):80-4.
- Holmes A, Christelis N, Arnold C. Depression and chronic pain. *Med J Aust*. 2013 Sep 16;199(6 Suppl):S17-20.
- Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad Saude Publica*. 2002;18(5):1303-11.
- Hussain AM, Khan FA, Ahmed A, Chawla T, Azam SI. Effect of gender on pain perception and analgesic consumption in laparoscopic cholecystectomy: An observational study. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2013 Jul;29(3):337-41.
- IASP. Associação Internacional Para Estudo da Dor. Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos [internet]. Seattle: IASP Press; 2010 [cited 2013 fev 05]. Available from: [http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement\\_Portuguese.pdf](http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf).
- IASP. International Association for the Study of Pain. IASP Taxonomy. 2012. [cited 2014 05/04]; Available from: <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: População estimada 2014. 2010 [cited 2015 mar 22]; Available from: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=520870>.
- Inhestern J, Schuerer J, Illge C, Thanos I, Meissner W, Volk GF, et al. Pain on the first postoperative day after head and neck cancer surgery. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngology*. 2015;272(11):3401-9.
- Ip HY, Abrishami A, Peng PW, Wong J, Chung F. Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: a qualitative systematic review. *Anesthesiology*. 2009 Sep;111(3):657-77.

- Janis IL. Psychological Stress. New York: Academic Press; 1958.
- Jensen MP, Karoly P, Braver S. The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain*. 1986 Oct;27(1):117-26.
- Kain ZN, Sevarino FB, Rinder C, Pincus S, Alexander GM, Ivy M, et al. Preoperative anxiolysis and postoperative recovery in women undergoing abdominal hysterectomy. *Anesthesiology*. 2001 Mar;94(3):415-22.
- Kainu JP, Sarvela J, Tiippana E, Halmesmaki E, Korttila KT. Persistent pain after caesarean section and vaginal birth: a cohort study. *Int J Obstet Anesth*. 2010 Jan;19(1):4-9.
- Kalkman CJ, Visser K, Moen J, Bonsel GJ, Grobbee DE, Moons KG. Preoperative prediction of severe postoperative pain. *Pain*. 2003 Oct;105(3):415-23.
- Karlstrom A, Engstrom-Olofsson R, Norbergh KG, Sjoling M, Hildingsson I. Postoperative pain after cesarean birth affects breastfeeding and infant care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007 Sep-Oct;36(5):430-40.
- Katz J, Poleshuck EL, Andrus CH, Hogan LA, Jung BF, Kulick DI, et al. Risk factors for acute pain and its persistence following breast cancer surgery. *Pain*. 2005 Dec 15;119(1-3):16-25.
- Kaunisto MA, Jokela R, Tallgren M, Kambur O, Tikkanen E, Tasmuth T, et al. Pain in 1,000 women treated for breast cancer: a prospective study of pain sensitivity and postoperative pain. *Anesthesiology*. 2013 Dec;119(6):1410-21.
- Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet*. 2006 May 13;367(9522):1618-25.
- Kettner SC, Willschke H, Marhofer P. Does regional anaesthesia really improve outcome? *Br J Anaesth*. 2011 Dec;107 Suppl 1:i90-5.
- Khan RS, Ahmed K, Blakeway E, Skapinakis P, Nihoyannopoulos L, Macleod K, et al. Catastrophizing: a predictive factor for postoperative pain. *Am J Surg*. 2011 Jan;201(1):122-31.
- Kim TJ, Fremi L, Park SS, Brennan TJ. Lactate concentrations in incisions indicate ischemic-like conditions may contribute to postoperative pain. *J Pain*. 2007 Jan;8(1):59-66.
- Kim YK, Kim SM, Myoung H. Musical intervention reduces patients' anxiety in surgical extraction of an impacted mandibular third molar. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011 Apr;69(4):1036-45.
- Kuo SY, Chen SR, Tzeng YL. Depression and anxiety trajectories among women who undergo an elective cesarean section. *PLoS One*. 2014;9(1):e86653.
- Landau R, Kraft JC, Flint LY, Carvalho B, Richebe P, Cardoso M, et al. An experimental paradigm for the prediction of Post-Operative Pain (PPOP). *J Vis Exp*. 2010(35).
- Lavand'homme P. Postcesarean analgesia: effective strategies and association with chronic pain. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2006 Jun;19(3):244-8.

- Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CS, Chui HW, Fong DY. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstet Gynecol.* 2007 Nov;110(5):1102-12.
- Liu SS, Buvanendran A, Rathmell JP, Sawhney M, Bae JJ, Moric M, et al. Predictors for moderate to severe acute postoperative pain after total hip and knee replacement. *Int Orthop.* 2012 Nov;36(11):2261-7.
- Loos MJ, Scheltinga MR, Mulders LG, Roumen RM. The Pfannenstiel incision as a source of chronic pain. *Obstet Gynecol.* 2008 Apr;111(4):839-46.
- Loos MJ, Scheltinga MR, Roumen RM. Surgical management of inguinal neuralgia after a low transverse Pfannenstiel incision. *Ann Surg.* 2008 Nov;248(5):880-5.
- Lovich-Sapola J, Smith CE, Brandt CP. Postoperative pain control. *Surg Clin North Am.* 2015 Apr;95(2):301-18.
- MacDonald K, Feifel D. Oxytocins role in anxiety: A critical appraisal. *Brain Res.* 2014 Sep 11;1580:22-56.
- Macrae WA. Chronic post-surgical pain: 10 years on. *Br J Anaesth.* 2008 Jul;101(1):77-86.
- Marcolino JÂM, Mathias LAST, Piccinini Filho L, Guaratini ÁA, Suzuki FM, Alli LAC. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório. *Rev Bras Anesthesiol.* 2007;57(1):52-62.
- Márquez JO. Projeto "Controle da dor no Brasil"(Brasil sem dor). São Paulo 2004 [13 jun 2015]; Available from: [http://www.sbed.org.br/materias.php?cd\\_secao=39&codant=&friurl=\\_Projeto-Brasil-sem-Dor-\\_](http://www.sbed.org.br/materias.php?cd_secao=39&codant=&friurl=_Projeto-Brasil-sem-Dor-_).
- Massaron S, Bona S, Fumagalli U, Valente P, Rosati R. Long-term sequelae after 1,311 primary inguinal hernia repairs. *Hernia.* 2008;12(1):57–63.
- McDonald DD, Weiskopf CS. Adult patients' postoperative pain descriptions and responses to the Short-Form McGill Pain Questionnaire. *Clin Nurs Res.* 2001 Nov;10(4):442-52.
- Mei W, Seeling M, Franck M, Radtke F, Brantner B, Wernecke KD, et al. Independent risk factors for postoperative pain in need of intervention early after awakening from general anaesthesia. *Eur J Pain.* 2010 Feb;14(2):149 e1-7.
- Melzack R. From the gate to the neuromatrix. *Pain.* 1999 Aug;Suppl 6:S121-6.
- Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain.* 1975;1(3):277–99.
- Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain.* 1987 Aug;30(2):191-7.
- Moura LA. Incidência e fatores preditores da dor pós-operatória em crianças submetidas a cirurgias ambulatoriais em goiânia, goiás: uma coorte prospectiva [dissertation]. Goiânia: Faculdade de Enfermagem/UFG; 2014. 114 p.
- Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2012 Dec 15;380(9859):2197-223.

- Nardi N, Campillo-Gimenez B, Pong S, Branchu P, Ecoffey C, Wodey E. [Chronic pain after cesarean: Impact and risk factors associated]. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2013 Nov;32(11):772-8.
- Nelson R. Decade of pain control and research gets into gear in USA. *Lancet*. 2003 Oct 4;362(9390):1129.
- Ng K, Parsons J, Cyna AM, Middleton P. Spinal versus epidural anaesthesia for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004(2):CD003765.
- Nikolajsen L, Sorensen HC, Jensen TS, Kehlet H. Chronic pain following Caesarean section. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2004 Jan;48(1):111-6.
- Orbach-Zinger S, Ioscovich A, Aviram A, Babytz S, Fein S, Reuveni A, et al. National survey of postoperative pain control after cesarean delivery. *Isr Med Assoc J*. 2014 Mar;16(3):153-6.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985 Aug 24;2(8452):436-7.
- Osis MJ, Padua KS, Duarte GA, Souza TR, Faundes A. The opinion of Brazilian women regarding vaginal labor and cesarean section. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001 Nov;75 Suppl 1:S59-66.
- Pan PH, Coghill R, Houle TT, Seid MH, Lindel WM, Parker RL, et al. Multifactorial preoperative predictors for postcesarean section pain and analgesic requirement. *Anesthesiology*. 2006 Mar;104(3):417-25.
- Pan PH, Tonidandel AM, Aschenbrenner CA, Houle TT, Harris LC, Eisenach JC. Predicting acute pain after cesarean delivery using three simple questions. *Anesthesiology*. 2013 May;118(5):1170-9.
- Papaioannou M, Skapinakis P, Damigos D, Mavreas V, Broumas G, Palgimesi A. The role of catastrophizing in the prediction of postoperative pain. *Pain Med*. 2009 Nov;10(8):1452-9.
- Pasquali L, Pinelli JB, Solha AC. Contribuição à validação e normalização da escala de ansiedade-traço do IDATE. *Psicol teor pesqui*. 1994 10(3):411-20.
- Patah LEM, Malik AM. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev Saude Publica*. 2011;45(1):185-94.
- Paul SM, Zelman DC, Smith M, Miaskowski C. Categorizing the severity of cancer pain: further exploration of the establishment of cutpoints. *Pain*. 2005 Jan;113(1-2):37-44.
- Pavlin DJ, Sullivan MJ, Freund PR, Roesen K. Catastrophizing: a risk factor for postsurgical pain. *Clin J Pain*. 2005 Jan-Feb;21(1):83-90.
- Penn Z, Ghaem-Maghani S. Indications for caesarean section. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2001 Feb;15(1):1-15.
- Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. *Revlatino-amenfermagem [serial on the Internet]*. 1998 [cited 2013 jul 22]; 6(3):77-84. Available from: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CDEQFJA>

A&url=http%3A%2F%2Fwww.scielo.br%2Fpdf%2Frlae%2Fv6n3%2F13894.pdf&ei=SGftUf3AGoz88QS0k4CYBg&usg=AFQjCNHWRdk-S93ID8wQfzH-zfohomD0iA&sig2=OoBx9LghsXusq\_CrxS70Vw&bvm=bv.49478099,d.dmg.

Pimenta CAM, Santos EMM, Chaves LD, Martins LM, Gutierrez BAO. Controle da dor no pós-operatório. *Rev Esc Enf USP*. 2001 2001 jun;35(2):180-3.

Pinto PR, McIntyre T, Ferrero R, Almeida A, Araujo-Soares V. Predictors of acute postsurgical pain and anxiety following primary total hip and knee arthroplasty. *J Pain*. 2013 May;14(5):502-15.

Porto JAD. Conceito e diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999;21(suppl.1):06-11.

Potter MQ, Sun GS, Fraser JA, Beckmann JT, Swenson JD, Maak TG, et al. Psychological distress in hip arthroscopy patients affects postoperative pain control. *Arthroscopy*. 2014 Feb;30(2):195-201.

Primo CC, Amorim MHC, Leite FMC. A intervenção de enfermagem - Relaxamento e seus efeitos no sistema imunológico de puérperas. *ACTA Paul Enferm*. 2011;24(6):751-5.

Radinovic K, Milan Z, Markovic-Denic L, Dubljanin-Raspopovic E, Jovanovic B, Bumbasirevic V. Predictors of severe pain in the immediate postoperative period in elderly patients following hip fracture surgery. *Injury*. 2014 Aug;45(8):1246-50.

Rakel BA, Blodgett NP, Bridget Zimmerman M, Logsdan-Sackett N, Clark C, Noiseux N, et al. Predictors of postoperative movement and resting pain following total knee replacement. *Pain*. 2012 Nov;153(11):2192-203.

Raschke GF, Peisker A, Rieger U, Djedovic G, Guentsch A, Schaefer O, et al. Quality of postoperative pain management after midfacial fracture repair-an outcome-oriented study. *Clin Oral Investig*. 2014 Jul 25.

Robleda G, Sillero-Sillero A, Puig T, Gich I, Baños J-E. Influência do estado emocional pré-operatório na dor pós-operatória após cirurgias ortopédicas e traumatológicas. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014 set-out;22(5):785-91.

Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2001 Feb;15(1):179-94.

Rosen HI, Bergh IH, Oden A, Martensson LB. Patients experiences of pain following day surgery - at 48 hours, seven days and three months. *Open Nurs J*. 2011;5:52-9.

Roth ML, Tripp DA, Harrison MH, Sullivan M, Carson P. Demographic and psychosocial predictors of acute perioperative pain for total knee arthroplasty. *Pain Res Manag*. 2007 Autumn;12(3):185-94.

Santos FDRP, Nunes SFL, Silva JPd, Silva RMO, Viana RP, Pereira VO, et al. Dor em pacientes no pós-operatório de cirurgias torácicas e abdominais. *Rev Ciênc Ext [serial on the Internet]*. 2014 [cited 2015 abril 23]; 10(3):99-107. Available from: [http://ojs.unesp.br/index.php/revista\\_proex/article/download/926/1042](http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/download/926/1042).

Schewe JC, Komusin A, Zinserling J, Nadstawek J, Hoeft A, Hering R. Effects of spinal anaesthesia versus epidural anaesthesia for caesarean section on postoperative analgesic consumption and postoperative pain. *Eur J Anaesthesiol*. 2009 Jan;26(1):52-9.

- Scholz J, Woolf CJ. Can we conquer pain? *Nat Neurosci*. 2002 Nov;5 Suppl:1062-7.
- Scott LE, Clum GA, Peoples JB. Preoperative predictors of postoperative pain. *Pain*. 1983 Mar;15(3):283-93.
- Serlin RC, Mendoza TR, Nakamura Y, Edwards KR, Cleeland CS. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain*. 1995 May;61(2):277-84.
- Silva JA, Ribeiro-Filho NP. A dor como um problema psicofísico. *Rev dor* [serial on the Internet]. 2011 [cited 2015 Abril 26]; 12(2):138-51. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S1806-00132011000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1806-00132011000200011&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
- Silver RM. Delivery after previous cesarean: long-term maternal outcomes. *Semin Perinatol*. 2010 Aug;34(4):258-66.
- Sjoling M, Nordahl G, Olofsson N, Asplund K. The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Educ Couns*. 2003 Oct;51(2):169-76.
- Sng BL, Sia AT, Quek K, Woo D, Lim Y. Incidence and risk factors for chronic pain after caesarean section under spinal anaesthesia. *Anaesth Intensive Care*. 2009 Sep;37(5):748-52.
- Sommer M, Geurts JW, Stessel B, Kessels AG, Peters ML, Patijn J, et al. Prevalence and predictors of postoperative pain after ear, nose, and throat surgery. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009 Feb;135(2):124-30.
- Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. *Rev Latino-Am Enfermagem* [serial on the Internet]. 2002 [cited 2013 jul 22]; 10(3):446-7. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0104-11692002000300020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-11692002000300020&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
- Sousa L, Pitangui ACR, Gomes FA, Nakano AMS, Ferreira CHJ. Mensuração e características de dor após cesárea e sua relação com limitação de atividades. *Acta Paul Enferm*. 2009;22(6):741-7.
- Spielberger CD. *Anxiety: Current trends in theory and research*. Oxford: Academic Press; 1972.
- Spielberger CD. *State-Trait Anxiety Inventory*. Anxiety. 2009.
- Strulov L, Zimmer EZ, Granot M, Tamir A, Jakobi P, Lowenstein L. Pain catastrophizing, response to experimental heat stimuli, and post-cesarean section pain. *J Pain*. 2007 Mar;8(3):273-9.
- Tacla MTGM, Hayashidall M, Lima RAGd. Registros sobre dor pós-operatória em crianças: uma análise retrospectiva de hospitais de Londrina, PR, Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2008; vol.61(3).
- Taenzer P, Melzack R, Jeans ME. Influence of psychological factors on postoperative pain, mood and analgesic requirements. *Pain*. 1986 Mar;24(3):331-42.

- Tapar H. The Evaluation of Postoperative Pain After Emergency and Elective Caesarean Section Operations 2015 [cited 2015 jun 2015]. Available from: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02332395>.
- Teng CT, Humes EC, Demetrio FN. Depressão e comorbidades clínicas. *Rev psiquiatr clín* [serial on the Internet]. 2005 [cited 2014 dez 10]; 32(3):149-59. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0101-60832005000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0101-60832005000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt).
- Tihtonen K, Nyberg R. [Long-term effects of uterine cesarean section scar]. *Duodecim*. 2014;130(5):461-8.
- Turcotte L, Robst J, Polachek S. Medicaid coverage and medical interventions during pregnancy. *Int J Health Care Finance Econ*. 2005 Sep;5(3):255-71.
- Vallejo MC, Phelps AL, Shepherd CJ, Kaul B, Mandell GL, Ramanathan S. Nitrous oxide analgesia for elective cesarean section. *J Clin Anesth*. 2005 Nov;17(7):543-8.
- Valverde Filho J, Rosa CP, Santos APSV. Dor pós-operatória In: Alves Neto A, Costa CMC, Siqueira JTT, Teixeira MJ. *Dor: princípios e prática*. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- VanDenKerkhof EG, Peters ML, Bruce J. Chronic pain after surgery: time for standardization? A framework to establish core risk factor and outcome domains for epidemiological studies. *Clin J Pain*. 2013 Jan;29(1):2-8.
- Varella RSQ. Avaliação da dor no pós-operatório de cesariana através da utilização do Questionário de McGill [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
- Vaughn F, Wichowski H, Bosworth G. Does preoperative anxiety level predict postoperative pain? *AORN J*. 2007 Mar;85(3):589-604.
- von Knorring L, Ekselius L. Idiopathic pain and depression. *Qual Life Res*. 1994 Dec;3 Suppl 1:S57-68.
- Ward CW. Procedure-specific postoperative pain management. *Medsurg Nurs*. 2014 Mar-Apr;23(2):107-10.
- Wilder-Smith OH, Tassonyi E, Arendt-Nielsen L. Preoperative back pain is associated with diverse manifestations of central neuroplasticity. *Pain*. 2002 Jun;97(3):189-94.
- Woolf CJ. Recent advances in the pathophysiology of acute pain. *Br J Anaesth*. 1989 Aug;63(2):139-46.
- Wu CL, Raja SN. Treatment of acute postoperative pain. *Lancet*. 2011 Jun 25;377(9784):2215-25.
- Zalon ML. Comparison of pain measures in surgical patients. *J Nurs Meas*. 1999 Winter;7(2):135-52.
- Zhao Y, Ding JH, Yin SH, Hou XL, Zhao K. Predictors of early postoperative pain after stapled haemorrhoidopexy. *Colorectal Dis*. 2014 Jun;16(6):O206-11.
- Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun;67(6):361-70.
- Zugaib M. *Zugaib Obstetrícia*. Barueri: Manole; 2008.

# APÊNDICES

## Apêndice 1 – Instrumento de Coleta de Dados

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Questionário para a análise da incidência de dor pós-operatória persistente

Nº \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hospital/Maternidade: \_\_\_\_\_

Leito/Apartamento: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO

1 Nome \_\_\_\_\_ Nome do bebê: \_\_\_\_\_

2. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 2.1 Idade: \_\_\_\_\_ anos

5. Telefone fixo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cel. 1 (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Oper.(\_\_\_\_)

Cel 2(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Oper.(\_\_\_\_). Outro telefone em caso de perda de contato: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Oper. (\_\_\_\_)

6. Melhor horário para receber ligação: ( ) manhã ( ) tarde ( ) noite ( ) qualquer horário

7. Endereço \_\_\_\_\_

Ponto de Referência: \_\_\_\_\_

### PRÉ-OPERATÓRIO

1. Tem algum problema de saúde? [ ] Sim [ ] Não Se sim qual (is)? \_\_\_\_\_ (Se câncer, suspender a pesquisa)

2. Faz uso de algum medicamento que contenha morfina ou semelhantes? [ ] Sim Não [ ] Se sim, suspender a pesquisa

### CARACTERÍSTICAS SOCIECONÔMICAS

1 Qual seu estado civil? 1.1 [ ] Casada 1.2 [ ] Solteira 1.3 [ ] Viúva 1.4 [ ] Divorciada 1.5 [ ] União estável

2 Qual sua escolaridade? \_\_\_\_\_ anos de estudo: \_\_\_\_\_

3 Possui trabalho remunerado? 3.1 Sim [ ] 3.2 Não [ ]

4 Marque com um x segundo a quantidade de itens que há em sua casa (Classe socioeconômica (ABEP, 2013)).

	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2
Some a pontuação atribuída a cada item					

Qual a escolaridade do chefe da família?

Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior Completo	8
Somatório	

4.1 Pontuação total (somatório da posse de itens e grau de instrução do chefe da família): \_\_\_\_\_ pontos

4.2 Classificação da pontuação:

4.2.1. 42-46 [ ] 4.2.2. 35-41 [ ] 4.2.3. 29-34 [ ]

4.2.4. 23-28 [ ] 4.2.5. 18-22 [ ] 4.2.6. 14-17 [ ]

4.2.7. 8-13 [ ] 4.2.8. 0-7 [ ]

4. A sua internação é 4.1 [ ] pelo SUS 4.2 [ ] por convênio 4.3 [ ] particular

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

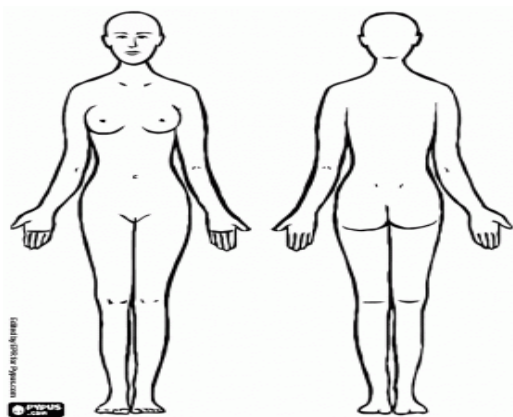
1. Você já entrou em trabalho de parto? 1.1 [ ] Sim 1.2 [ ] Não

4 Você está de quantas semanas de gestação? \_\_\_\_\_ 5 Número de partos: \_\_\_\_ 5.1 vaginal: \_\_\_\_ 5.2: \_\_\_\_ cesáreo

6 Você já realizou outra (s) cirurgia (s) abdominal (is)? 6.1 Sim [ ] 6.2 Não [ ] Se sim, qual: \_\_\_\_\_

8 Ao longo da vida, muitas vezes as pessoas sentem algum tipo de dor (como dor de cabeça, dor muscular, nas costas, de dente, ou outras). Você tem sentido algum tipo de dor? 8.1 [ ] sim 8.2 [ ] não (*pular para hábitos de vida*)

9 Se sim, coloque a mão no local onde sente a(s) DOR(es). Depois marque com um "x", na figura abaixo, o(s) local(is) afetados pela dor(es):



9.1 Cabeça	Sim	Não	9.10 Região Sacral (finalzinho da coluna)	Sim	Não
9.2 Face	Sim	Não	9.11 Cocci	Sim	Não
9.3 Pescoço	Sim	Não	9.12 Membros inferiores	Sim	Não
9.4 Abdome	Sim	Não	9.13 Região anal	Sim	Não
9.5 Ombros	Sim	Não	9.14 Região pélvica/genital	Sim	Não
9.6 Membros superiores	Sim	Não	9.15 Joelhos	Sim	Não
9.7 Região Torácica	Sim	Não	9.16 Articulações	Sim	Não
9.8 Mamas	Sim	Não	9.17 Corpo todo	Sim	Não
9.9 Espinha lombar	Sim	Não	9.18 Pés	Sim	Não

10 Anote o local da **PRINCIPAL DOR**, ou seja, aquela que mais incomoda: \_\_\_\_\_

11 Há quanto tempo você sente essa dor? 11.1 [ ] a menos de sete dias 11.2 [ ] de sete dias a há menos de 3 meses

11.3 [ ] de 3 meses a menos de 6 meses 11.4 [ ] de 6 meses a menos de 9 meses 11.5 [ ] de 9 meses a menos de 1 ano

11.6 [ ] de 1 a 5 anos 11.7 [ ] de 6 a 10 anos

11.8 [ ] mais de 10 anos

12. Com que frequência você sente essa dor? 12. [ ] todos os dias

12.2 [ ] uma vez por semana 12.3 [ ] uma vez a cada

quinze dias 12.4 [ ] uma vez por mês 12.5 [ ] outra frequência \_\_\_\_\_

13 A dor está relacionada com a gestação? 13.1 [ ] sim 13.2 [ ] não

14 Você está sentindo essa dor agora? 14.1. Sim [ ] 14.2. Não [ ]

15 Sentiu essa dor nos últimos 7 dias? 15.1 Sim [ ] 15.2 Não [ ] (*pular para hábitos de vida*)

16. Se sentiu essa dor, como você avaliaria a quantidade dela no pior momento (no auge/pico), usando uma escala de 0 (zero) a 10 (dez), onde 0 representa "nenhuma dor" e 10 representa "a pior dor possível"?

|\_0\_|\_1\_|\_2\_|\_3\_|\_4\_|\_5\_|\_6\_|\_7\_|\_8\_|\_9\_|\_10\_|

17 Você usou algum medicamento para alívio dessa dor?

17.1. [ ] Sim

17.2 [ ] Não (*pule para hábitos de vida*)

17.1.2. Se sim, qual (is)? \_\_\_\_\_

17.1.3 Tipo de uso 17.1.3.1 [ ] contínuo ( de horário) 17.1.3.2 [ ] somente quanto apresenta dor (SOS)

17.1.4. Esse(s) medicamento(s) foi(am) sido prescrito(s) por um médico? 17.1.4.1 [ ] Sim 17.1.4.2 [ ] Não

17.1.5 Quanto de alívio você obteve com o uso do medicamento? Use a escala de 0-10, onde 0 (zero) significa nenhum alívio e 10 (dez) alívio total. |\_0\_|\_1\_|\_2\_|\_3\_|\_4\_|\_5\_|\_6\_|\_7\_|\_8\_|\_9\_|\_10\_|

<b>HÁBITOS DE VIDA</b>
------------------------

1 Você pratica alguma atividade física, ou praticava antes da gestação (mínimo 3 vezes/semana)?

1.1 Sim [ ]      1.1.1 [ ] Sim, mas parei devido a gestação      1.2 Não [ ]

2 Se sim, qual?

2.1 [ ] Caminhada	2.2 [ ] Ginástica	2.3 [ ] Hidroginástica
2.4 [ ] Dança	2.5 [ ] Outras _____	

3. Você consome bebida alcoólica atualmente? 3.1 [ ] Sim    3.2 [ ] Não

**Se sim**, com que frequência? 3.1.1. [ ] diariamente    3.1.2 [ ] ocasionalmente

**Se não**, você já teve o hábito de consumir bebida alcoólica alguma vez? 3.2.1. [ ] Sim    3.2.2 [ ] Não

**Se sim**, há quanto tempo parou? \_\_\_\_\_

Com que frequência você consumia bebida alcoólica? 3.2.1.1 [ ] diariamente    3.2.1.2 [ ] ocasionalmente

4. Você fuma atualmente? 4.1 [ ] Sim    4.2 [ ] Não

**Se sim**, com que frequência? 4.1.1 [ ] diariamente    4.1.2 [ ] ocasionalmente

**Se não**, você já teve o hábito de fumar alguma vez? 4.1 [ ] Sim    4.2 [ ] Não

**Se sim**, há quanto tempo parou? \_\_\_\_\_

Com que frequência você fumava? 4.2.1.1 [ ] diariamente    4.2.1.2 [ ] ocasionalmente

**Ofereça as escalas a seguir para a mulher. Oriente-a a ler atentamente o enunciado de cada uma delas e a chama-lo caso sinta dificuldade para entender a tarefa**

1. Inventário de Ansiedade Traço. Versão traduzida e validada de Biaggio e Natalício (1979).

Por favor, leia cada pergunta e faça um círculo ao redor do número que melhor indica **como você GERALMENTE se sente**. Não existem respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo em uma única afirmação, mas escolha a resposta que parece descrever como você se sente geralmente.

Escala de Pensamento catastrófico sobre dor (B-PCS). Versão traduzida e validada por Sehn (2012).

		Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	Sinto-me bem	1	2	3	4
2	Canso-me facilmente	1	2	3	4
3	Tenho vontade de chorar	1	2	3	4
4	Gostaria de poder ser tão feliz quanto aos outros parece	1	2	3	4
5	Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente	1	2	3	4
6	Sinto-me descansada	1	2	3	4
7	Sou calma, ponderada, e senhora de mim mesma	1	2	3	4
8	Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolver	1	2	3	4
9	Preocupo-me demais com as coisas sem importância	1	2	3	4
10	Sou feliz	1	2	3	4
11	Deixo-me afetar muito pelas coisas	1	2	3	4
12	Não tenho muita confiança em mim mesma	1	2	3	4
13	Sinto-me segura	1	2	3	4

14	Evito ter que enfrentar crises ou problemas	1	2	3	4
15	Sinto-me deprimida	1	2	3	4
16	Estou satisfeita	1	2	3	4
17	Ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupando	1	2	3	4
18	Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça	1	2	3	4
19	Sou uma pessoa estável	1	2	3	4
20	Fico tensa e perturbada	1	2	3	4

Listamos 13 declarações que descrevem diferentes pensamentos e sentimentos que podem lhe aparecer na cabeça quando sente dor. **Indique o GRAU desses pensamentos e sentimentos quando está com DOR.**

		Mínima	Leve	Moderada	Intensa	Muito intensa
		0	1	2	3	4
1	A preocupação com a duração da dor durante todo o tempo é	0	1	2	3	4
2	O sentimento de não prosseguir (continuar) é	0	1	2	3	4
3	O sentimento que a dor é terrível e que não vai melhorar é	0	1	2	3	4
4	O sentimento que a dor é horrível e que você não vai resistir é	0	1	2	3	4
5	O sentimento de não poder mais estar com alguém é	0	1	2	3	4
6	O medo que a dor pode se tornar ainda pior é	0	1	2	3	4
7	O pensamento sobre outros episódios de dor é	0	1	2	3	4
8	O desejo profundo que a dor desapareça é	0	1	2	3	4
9	O sentimento de não conseguir tirar a dor do pensamento é	0	1	2	3	4
10	O pensamento que ainda poderá doer mais é	0	1	2	3	4
11	O pensamento que a dor é grave porque ela não quer parar é	0	1	2	3	4
12	O pensamento que não há nada para fazer para diminuir a intensidade da dor é	0	1	2	3	4
13	A preocupação que alguma coisa ruim pode acontecer por causa da dor é	0	1	2	3	4

3. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS (BOTEGA et al, 1995)

Este questionário nos ajudará a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases. Marque um “X” a resposta que melhor corresponder a **como você tem se sentido na última semana**. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

<b>A</b>	<b>Eu me sinto tensa ou contraída:</b>	
3	( )	A maior parte do tempo
2	( )	Boa parte do tempo
1	( )	De vez em quando
0	( )	Nunca
<b>D</b>	<b>Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:</b>	
0	( )	Sim, do mesmo jeito que antes
1	( )	Não tanto quanto antes
2	( )	Só um pouco
3	( )	Já não sinto mais prazer em nada
<b>A</b>	<b>Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:</b>	
3	( )	Sim, e de um jeito muito forte
2	( )	Sim, mas não tão forte
1	( )	Um pouco, mas isso não me preocupa
0	( )	Não sinto nada disso
<b>D</b>	<b>Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:</b>	
0	( )	Do mesmo jeito que antes
1	( )	Atualmente um pouco menos
2	( )	Atualmente bem menos
3	( )	Não consigo mais
<b>A</b>	<b>Estou com a cabeça cheia de preocupações:</b>	
3	( )	A maior parte do tempo
2	( )	Boa parte do tempo
1	( )	De vez em quando
0	( )	Raramente
<b>D</b>	<b>Eu me sinto alegre:</b>	
3	( )	Nunca
2	( )	Poucas vezes
1	( )	Muitas vezes
0	( )	A maior parte do tempo
<b>A</b>	<b>Conseguo ficar sentada a vontade e me sentir relaxada:</b>	
0	( )	Sim, quase sempre
1	( )	Muitas vezes
2	( )	Poucas vezes
3	( )	Nunca
<b>D</b>	<b>Eu estou lenta para pensar e fazer as coisas:</b>	
3	( )	Quase sempre
2	( )	Muitas vezes
1	( )	De vez em quando
0	( )	Nunca
<b>A</b>	<b>Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estomago:</b>	
0	( )	Nunca
1	( )	De vez em quando
2	( )	Muitas vezes
3	( )	Quase sempre

<b>D</b>	<b>Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:</b>	
3	( )	Completamente
2	( )	Não estou mais me cuidando como eu deveria
1	( )	Talvez não tanto quanto antes
0	( )	Me cuido do mesmo jeito que antes
<b>A</b>	<b>Eu me sinto inquieta, como se eu não pudesse ficar parada em lugar nenhum:</b>	
3	( )	Sim, demais
2	( )	Bastante
1	( )	Pouco
0	( )	Não me sinto assim
<b>D</b>	<b>Fico esperando animada com as coisas boas que estão por vir:</b>	
0	( )	Do mesmo jeito que antes
1	( )	Um pouco menos que antes
2	( )	Bem menos do que antes
3	( )	Quase nunca
<b>A</b>	<b>De repente tenho a sensação de entrar em pânico:</b>	
3	( )	A quase todo momento
2	( )	Várias vezes
1	( )	De vez em quando
0	( )	Não sinto isso
<b>D</b>	<b>Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa:</b>	
0	( )	Quase sempre
1	( )	Várias vezes
2	( )	Poucas vezes
3	( )	Quase nunca

**PERÍODO INTRA OPERATÓRIO**

Entrevistador: \_\_\_\_\_  
 Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_ min

- 1 Duração da cirurgia: \_\_\_\_\_ minutos      2. Término da cirurgia: \_\_\_\_\_h \_\_\_\_\_min.
- 2 Tipo de anestesia: **2.1.** ( ) Raquianestesia    **2.2** ( ) Anestesia peridural    **2.3.**( )Bloqueio combinado    **2.4.** ( ) Anestesia geral
- 2.1** Anotar o anestésico utilizado e a dosagem: \_\_\_\_\_
- 
- 3** Analgesia intra operatória: **3.1** Sim [ ]    **3.2** Não [ ]
- 3.1.1** Se sim, qual (is)? \_\_\_\_\_ **3.1.2** Dosagem \_\_\_\_\_
- 
- 4** Tipo de incisão: **4.1**( ) Transversa supra-púbica    **4.2** ( ) Infra-umbilical mediana
- 5.** Tipo de histerotomia: **5.1** ( ) Segmentar longitudinal    **5.2.** ( ) Segmento-corporal    **5.3** ( ) Corporal    **5.4** ( ) Segmentar transversa
- 6.** Esterilização tubária: **6.1** ( ) Sim    **6.2** ( ) Não
- 7** Histerorrafia: **7.1** ( ) sutura contínua    **7.2** ( ) pontos separados
- 8** Lado (em relação à paciente) em que o cirurgião se encontra: **8.1** [ ] à direita    **8.2** [ ] à esquerda
- 9** Intercorrência intra operatória: **8.1** ( ) Sim    **8.2.** ( ) Não    Se sim, qual? \_\_\_\_\_

**PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO (POI)**

1 Você está sentindo dor no local da cirurgia? 1.1 Sim [ ] 1.2 Não [ ] (*encerra esta parte*)

2 Diga a intensidade dessa dor por meio de uma escala de 0 a 10, onde 0 (zero) representa “nenhuma dor” e 10 (dez) representa “a pior dor possível” :

2.1 No pior momento/dor mais forte:

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

2.2 No momento de menor dor/dor mais fraca:

| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

3. Marque, na figura ao lado, o local da dor (es).

4. Responda: esta dor é:

4.1 [ ] Superficial (nível da pele)

4.2 [ ] Profunda

4.3 [ ] Profunda/superficial

5 Quando a dor aparece?

5.1 ao movimento [ ]

5.2 ao repouso [ ]

5.3 ao movimento/repouso [ ]

6 Avalie a qualidade da dor

6.1 Versão curta do Questionário de dor de McGill (COSTA et al, 2011)



**Algumas palavras podem descrever a dor que as pessoas estão sentindo. Por favor, leia cada palavra abaixo e decida se ela descreve a dor que você sente. Se a palavra não descreve a sua dor, assinale NENHUMA, e vá para o próximo item. Se a palavra descreve a sua dor, quantifique essa sensação, escolhendo as opções leve, moderada ou severa.**

	Nenhuma	Leve	Moderada	Severa
1 Latejante	0	1	2	3
2 Em fígada	0	1	2	3
3 Em fíncada	0	1	2	3
4 Aguda	0	1	2	3
5 Cólica	0	1	2	3
6 Pressionante	0	1	2	3
7 Em queimação	0	1	2	3
8 Dolorida	0	1	2	3
9 Pesada	0	1	2	3
10 Dolorida à palpação	0	1	2	3
11 Cortante	0	1	2	3
12 Cansativa-exaustiva	0	1	2	3
13 Nauseante	0	1	2	3
14 Amedrontadora	0	1	2	3
15 Cruel-punitiva	0	1	2	3
Frio	0	1	2	3
Choque	0	1	2	3
Formigamento	0	1	2	3
Agulhada	0	1	2	3
Adormecimento	0	1	2	3
Coceira	0	1	2	3

6.2 Há outra palavra que você acha que descreve a dor que está sentindo? Qual? \_\_\_\_\_

6.3 Leitura quadro de descritores:

6.3.1 [ ] Mulher

6.3.2 [ ] Entrevistadora

7. Marque as atividades que a dor dificulta/atrapalha:

Atividade	Sim	Não	Não realizou
8.1 Sentar			
8.2 Levantar			
8.3 Andar			
8.4 Urinar			
8.5 Evacuar			
8.6 Alimentar			
8.7 Dormir			
8.8 Amamentar			
8.9 Cuidar do bebê (ex.:dar banho, trocar fralda)			
8.10 Tossir/espirrar			
8.11 A dor está dificultando a realização de alguma outra atividade?			

9. Você recebeu alguma medicação para alívio da dor?

9.1.  Sim                      9.2  Não

9.3  Não sei (*encerrar esta parte*)

9.1.2. Quanto de alívio você obteve com o uso do medicamento? Use a escala de 0 (zero) a 10 (dez), onde 0 (zero) significa nenhum alívio e 10 (dez) alívio total.

|\_0\_|\_1\_|\_2\_|\_3\_|\_4\_|\_5\_|\_6\_|\_7\_|\_8\_|\_9\_|\_10

8.10.1 Outra atividade: \_\_\_\_\_

9.2 Copie do prontuário os analgésicos prescritos à puérpera com as respectivas posologias:

DATA	ANALGÉSICOS

**7º ao 720º PO**

1. Como está o local da cesárea:

1.1 A região está avermelhada?

7º PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não	180º PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não
14º PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não	270º PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não
21º PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não	365º PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não
30º PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não	455º PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não
60º PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não	545º PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não
90º PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não	635 PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não
			720º PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não

1.2 A região está inchada?

7º PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não	180º PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não
14º PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não	270º PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não
21º PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não	365º PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não
30º PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não	455º PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não
60º PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não	545º PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não
90º PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não	635 PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não
			720º PO	1.1.1 <input type="checkbox"/> Sim	1.1.2 <input type="checkbox"/> Não

## 1.3 Há saída secreção do corte?

<b>7º PO</b>	1.1.1 [ ] Sim	1.1.2 [ ] Não	<b>180º PO</b>	1.1.1 [ ] Sim	1.1.2 [ ] Não
<b>14º PO</b>	1.1.1 [ ] Sim	1.1.2 [ ] Não	<b>270º PO</b>	1.1.1 [ ] Sim	1.1.2 [ ] Não
<b>21º PO</b>	1.1.1 [ ] Sim	1.1.2 [ ] Não	<b>365º PO</b>	1.1.1 [ ] Sim	1.1.2 [ ] Não
<b>30º PO</b>	1.1.1 [ ] Sim	1.1.2 [ ] Não	<b>455º PO</b>	1.1.1 [ ] Sim	1.1.2 [ ] Não
<b>60º PO</b>	1.1.1 [ ] Sim	1.1.2 [ ] Não	<b>545º PO</b>	1.1.1 [ ] Sim	1.1.2 [ ] Não
<b>90º PO</b>	1.1.1 [ ] Sim	1.1.2 [ ] Não	<b>635 PO</b>	1.1.1 [ ] Sim	1.1.2 [ ] Não
			<b>720º PO</b>	1.1.1 [ ] Sim	1.1.2 [ ] Não

## 1.3.1.1 Se sim, qual é o aspecto da secreção?

<b>7º PO</b>	[ ] Amarelo/esverdeado/leitoso Sanguinolento	[ ] Claro	<b>180º PO</b>	[ ] Amarelo/esverdeado/leitoso Sanguinolento	[ ] Claro
<b>14º PO</b>	[ ] Amarelo/esverdeado/leitoso Sanguinolento	[ ] Claro	<b>270º PO</b>	[ ] Amarelo/esverdeado/leitoso Sanguinolento	[ ] Claro
<b>21º PO</b>	[ ] Amarelo/esverdeado/leitoso Sanguinolento	[ ] Claro	<b>365º PO</b>	[ ] Amarelo/esverdeado/leitoso Sanguinolento	[ ] Claro
<b>30º PO</b>	[ ] Amarelo/esverdeado/leitoso Sanguinolento	[ ] Claro	<b>455º PO</b>	[ ] Amarelo/esverdeado/leitoso Sanguinolento	[ ] Claro
<b>60º PO</b>	[ ] Amarelo/esverdeado/leitoso Sanguinolento	[ ] Claro	<b>545º PO</b>	[ ] Amarelo/esverdeado/leitoso Sanguinolento	[ ] Claro
<b>90º PO</b>	[ ] Amarelo/esverdeado/leitoso Sanguinolento	[ ] Claro	<b>635 PO</b>	[ ] Amarelo/esverdeado/leitoso Sanguinolento	[ ] Claro
			<b>720 PO</b>	[ ] Amarelo/esverdeado/leitoso Sanguinolento	[ ] Claro

## 1. Você está sentindo dor no local da cesárea hoje?

<b>7º PO</b>	Data: ___/___/___ Hora: ___h___min	1.1 [ ] Sim	1.2 [ ] Não	<b>180º PO</b>	Data: ___/___/___ Hora: ___h___min	1.1 [ ] Sim	1.2 [ ] Não
<b>14º PO</b>	Data: ___/___/___ Hora: ___h___min	1.1 [ ] Sim	1.2 [ ] Não	<b>270º PO</b>	Data: ___/___/___ Hora: ___h___min	1.1 [ ] Sim	1.2 [ ] Não
<b>21º PO</b>	Data: ___/___/___ Hora: ___h___min	1.1 [ ] Sim	1.2 [ ] Não	<b>365º PO</b>	Data: ___/___/___ Hora: ___h___min	1.1 [ ] Sim	1.2 [ ] Não
<b>30º PO</b>	Data: ___/___/___ Hora: ___h___min	1.1 [ ] Sim	1.2 [ ] Não	<b>455º PO</b>	Data: ___/___/___ Hora: ___h___min	1.1 [ ] Sim	1.2 [ ] Não
<b>60º PO</b>	Data: ___/___/___ Hora: ___h___min	1.1 [ ] Sim	1.2 [ ] Não	<b>545º PO</b>	Data: ___/___/___ Hora: ___h___min	1.1 [ ] Sim	1.2 [ ] Não
<b>90º PO</b>	Data: ___/___/___ Hora: ___h___min	1.1 [ ] Sim	1.2 [ ] Não	<b>635 PO</b>	Data: ___/___/___ Hora: ___h___min	1.1 [ ] Sim	1.2 [ ] Não
				<b>720 PO</b>	Data: ___/___/___ Hora: ___h___min	1.1 [ ] Sim	1.2 [ ] Não

Se **não**, qual foi o último dia que você sentiu dor?

Caso o último episódio de dor tenha sido **APÓS** o último contato com a mulher, continue a seguir; se não, encerre.

<b>7º PO</b>	1.Dia: ____/____/____ 2. [ ] Não se lembra	1.1 Últimos 7 dias 1.2 Entre 8 e 15 dias 1.3 Entre 16 e 30 dias 1.4 Mais de 30 dias	<b>180º PO</b>	1. Dia: ____/____/____ 2. [ ] Não se lembra	1.1 Últimos 7 dias 1.2 Entre 8 e 15 dias 1.3 Entre 16 e 30 dias 1.4 Mais de 30 dias
<b>14º PO</b>	1.Dia: ____/____/____ 2. [ ] Não se lembra	1.1 Últimos 7 dias 1.2 Entre 8 e 15 dias 1.3 Entre 16 e 30 dias 1.4 Mais de 30 dias	<b>270º PO</b>	1. Dia: ____/____/____ 2. [ ] Não se lembra	1.1 Últimos 7 dias 1.2 Entre 8 e 15 dias 1.3 Entre 16 e 30 dias 1.4 Mais de 30 dias
<b>21º PO</b>	1.Dia: ____/____/____ 2. [ ] Não se lembra	1.1 Últimos 7 dias 1.2 Entre 8 e 15 dias 1.3 Entre 16 e 30 dias 1.4 Mais de 30 dias	<b>365º PO</b>	1. Dia: ____/____/____ 2. [ ] Não se lembra	1.1 Últimos 7 dias 1.2 Entre 8 e 15 dias 1.3 Entre 16 e 30 dias 1.4 Mais de 30 dias
<b>30º PO</b>	1.Dia: ____/____/____ 2. [ ] Não se lembra	1.1 Últimos 7 dias 1.2 Entre 8 e 15 dias 1.3 Entre 16 e 30 dias 1.4 Mais de 30 dias	<b>455º PO</b>	1. Dia: ____/____/____ 2. [ ] Não se lembra	1.1 Últimos 7 dias 1.2 Entre 8 e 15 dias 1.3 Entre 16 e 30 dias 1.4 Mais de 30 dias
<b>60º PO</b>	1.Dia: ____/____/____ 2. [ ] Não se lembra	1.1 Últimos 7 dias 1.2 Entre 8 e 15 dias 1.3 Entre 16 e 30 dias 1.4 Mais de 30 dias	<b>545º PO</b>	1. Dia: ____/____/____ 2. [ ] Não se lembra	1.1 Últimos 7 dias 1.2 Entre 8 e 15 dias 1.3 Entre 16 e 30 dias 1.4 Mais de 30 dias
<b>90º PO</b>	1.Dia: ____/____/____ 2. [ ] Não se lembra	1.1 Últimos 7 dias 1.2 Entre 8 e 15 dias 1.3 Entre 16 e 30 dias 1.4 Mais de 30 dias	<b>635º PO</b>	1. Dia: ____/____/____ 2. [ ] Não se lembra	1.1 Últimos 7 dias 1.2 Entre 8 e 15 dias 1.3 Entre 16 e 30 dias 1.4 Mais de 30 dias
			<b>720º PO</b>	1.Dia: ____/____/____ 2. [ ] Não se lembra	1.1 Últimos 7 dias 1.2 Entre 8 e 15 dias 1.3 Entre 16 e 30 dias 1.4 Mais de 30 dias

2. Diga a quantidade de sua dor por meio de uma escala de 0 a 10, onde 0 (zero) representa “nenhuma dor” e 10(dez) representa “a pior dor possível”:

<b>7º PO</b>	2.1 No momento em que a dor esteve mais forte:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_	2.2 No momento em que a dor esteve mais fraca:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_
<b>14º PO</b>	2.1 No momento em que a dor esteve mais forte:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_	2.2 No momento em que a dor esteve mais fraca:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_
<b>21º PO</b>	2.1 No momento em que a dor esteve mais forte:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_	2.2 No momento em que a dor esteve mais fraca:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_
<b>30º PO</b>	2.1 No momento em que a dor esteve mais forte:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_	2.2 No momento em que a dor esteve mais fraca:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_
<b>60º PO</b>	2.1 No momento em que a dor esteve mais forte:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_	2.2 No momento em que a dor esteve mais fraca:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_
<b>90º PO</b>	2.1 No momento em que a dor esteve mais forte:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_	2.2 No momento em que a dor esteve mais fraca:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_
<b>180º PO</b>	2.1 No momento em que a dor esteve mais forte:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_	2.2 No momento em que a dor esteve mais fraca:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_
<b>270º PO</b>	2.1 No momento em que a dor esteve mais forte:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_	2.2 No momento em que a dor esteve mais fraca:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_

<b>365° PO</b>	<b>2.1</b> No momento em que a dor esteve mais forte:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_	<b>2.2</b> No momento em que a dor esteve mais fraca:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_
<b>455° PO</b>	<b>2.1</b> No momento em que a dor esteve mais forte:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_	<b>2.2</b> No momento em que a dor esteve mais fraca:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_
<b>545° PO</b>	<b>2.1</b> No momento em que a dor esteve mais forte:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_	<b>2.2</b> No momento em que a dor esteve mais fraca:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_
<b>635° PO</b>	<b>2.1</b> No momento em que a dor esteve mais forte:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_	<b>2.2</b> No momento em que a dor esteve mais fraca:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_
<b>720°PO</b>	<b>2.1</b> No momento em que a dor esteve mais forte:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_	<b>2.2</b> No momento em que a dor esteve mais fraca:  _0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10_

3. Você tomou alguma medicação/remédio para alívio da dor nestes últimos sete dias? *(Se não, pule para questão 5.)*

<b>7° PO</b>	<b>3.1</b> Sim [ ] <b>3.2</b> Não [ ]	<b>60° PO</b>	<b>3.1</b> Sim [ ] <b>3.2</b> Não [ ]	<b>365° PO</b>	<b>3.1</b> Sim [ ] <b>3.2</b> Não [ ]
<b>14° PO</b>	<b>3.1</b> Sim [ ] <b>3.2</b> Não [ ]	<b>90° PO</b>	<b>3.1</b> Sim [ ] <b>3.2</b> Não [ ]	<b>455° PO</b>	<b>3.1</b> Sim [ ] <b>3.2</b> Não [ ]
<b>21° PO</b>	<b>3.1</b> Sim [ ] <b>3.2</b> Não [ ]	<b>180° PO</b>	<b>3.1</b> Sim [ ] <b>3.2</b> Não [ ]	<b>545° PO</b>	<b>3.1</b> Sim [ ] <b>3.2</b> Não [ ]
<b>30° PO</b>	<b>3.1</b> Sim [ ] <b>3.2</b> Não [ ]	<b>270° PO</b>	<b>3.1</b> Sim [ ] <b>3.2</b> Não [ ]	<b>635° PO</b>	<b>3.1</b> Sim [ ] <b>3.2</b> Não [ ]
				<b>720° PO</b>	<b>3.1</b> Sim [ ] <b>3.2</b> Não [ ]

4. Esse medicamento foi prescrito pelo médico, de sua escolha ou ambos?

<b>7° PO</b>	<b>4.1</b> [ ] Médico <b>4.2</b> [ ] Escolha própria <b>4.3</b> [ ] Ambos	<b>180° PO</b>	<b>4.1</b> [ ] Médico <b>4.2</b> [ ] Escolha própria <b>4.3</b> [ ] Ambos
<b>14° PO</b>	<b>4.1</b> [ ] Médico <b>4.2</b> [ ] Escolha própria <b>4.3</b> [ ] Ambos	<b>270° PO</b>	<b>4.1</b> [ ] Médico <b>4.2</b> [ ] Escolha própria <b>4.3</b> [ ] Ambos
<b>21° PO</b>	<b>4.1</b> [ ] Médico <b>4.2</b> [ ] Escolha própria <b>4.3</b> [ ] Ambos	<b>365° PO</b>	<b>4.1</b> [ ] Médico <b>4.2</b> [ ] Escolha própria <b>4.3</b> [ ] Ambos
<b>30° PO</b>	<b>4.1</b> [ ] Médico <b>4.2</b> [ ] Escolha própria <b>4.3</b> [ ] Ambos	<b>455° PO</b>	<b>4.1</b> [ ] Médico <b>4.2</b> [ ] Escolha própria <b>4.3</b> [ ] Ambos
<b>60° PO</b>	<b>4.1</b> [ ] Médico <b>4.2</b> [ ] Escolha própria <b>4.3</b> [ ] Ambos	<b>545° PO</b>	<b>4.1</b> [ ] Médico <b>4.2</b> [ ] Escolha própria <b>4.3</b> [ ] Ambos
<b>90° PO</b>	<b>4.1</b> [ ] Médico <b>4.2</b> [ ] Escolha própria <b>4.3</b> [ ] Ambos	<b>635° PO</b>	<b>4.1</b> [ ] Médico <b>4.2</b> [ ] Escolha própria <b>4.3</b> [ ] Ambos
		<b>720° PO</b>	<b>4.1</b> [ ] Médico <b>4.2</b> [ ] Escolha própria <b>4.3</b> [ ] Ambos

4.1 Quais são as medicações para alívio da dor prescritas pelo médico?

<b>7°PO</b>	Med. 1 _____ Posologia _____	Med. 2 _____ Posologia _____	Med.3 _____ Posologia _____
-------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

<b>14ºPO</b>	Med. 1 _____ Posologia _____	Med.2 _____ Posologia _____	Med.3 _____ Posologia _____
<b>21º PO</b>	Med. 1 _____ Posologia _____	Med.2 _____ Posologia _____	Med.3 _____ Posologia _____
<b>30ºPO</b>	Med. 1 _____ Posologia _____	Med. 2 _____ Posologia _____	Med.3 _____ Posologia _____
<b>60º PO</b>	Med. 1 _____ Posologia _____	Med. 2 _____ Posologia _____	Med.3 _____ Posologia _____
<b>90º PO</b>	Med. 1 _____ Posologia _____	Med. 2 _____ Posologia _____	Med.3 _____ Posologia _____
<b>180º PO</b>	Med. 1 _____ Posologia _____	Med. 2 _____ Posologia _____	Med.3 _____ Posologia _____
<b>270º PO</b>	Med. 1 _____ Posologia _____	Med. 2 _____ Posologia _____	Med.3 _____ Posologia _____
<b>365º PO</b>	Med. 1 _____ Posologia _____	Med. 2 _____ Posologia _____	Med.3 _____ Posologia _____
<b>455º PO</b>	Med. 1 _____ Posologia _____	Med. 2 _____ Posologia _____	Med.3 _____ Posologia _____
<b>545º PO</b>	Med. 1 _____ Posologia _____	Med. 2 _____ Posologia _____	Med.3 _____ Posologia _____
<b>635º PO</b>	Med. 1 _____ Posologia _____	Med. 2 _____ Posologia _____	Med.3 _____ Posologia _____
<b>720º PO</b>	Med. 1 _____ Posologia _____	Med. 2 _____ Posologia _____	Med.3 _____ Posologia _____

4.1.1 Quanto de alívio você obteve com o uso desses medicamentos prescritos pelo médico? Onde 0 (zero) significa nenhum alívio e 10 (dez) alívio total?

<b>7º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10	<b>180º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10
<b>14º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10	<b>270º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10
<b>21º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10	<b>365º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10
<b>30º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10	<b>455º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10
<b>60º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10	<b>545º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10
<b>90º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10	<b>635º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10
		<b>720º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10

4.2 Quais são os remédios de sua escolha?

<b>7ºPO</b>	Rem.: _____ Posologia _____	<b>180º PO</b>	Rem.: _____ Posologia _____
<b>14ºPO</b>	Rem.: _____ Posologia _____	<b>270º PO</b>	Rem.: _____ Posologia _____
<b>21º PO</b>	Rem.: _____ Posologia _____	<b>365º PO</b>	Rem.: _____ Posologia _____
<b>30º PO</b>	Rem.: _____ Posologia _____	<b>455º PO</b>	Rem.: _____ Posologia _____
<b>60º PO</b>	Rem.: _____ Posologia _____	<b>545º PO</b>	Rem.: _____ Posologia _____
<b>90º PO</b>	Rem.: _____ Posologia _____	<b>635º PO</b>	Rem.: _____ Posologia _____
		<b>720ª PO</b>	Rem.: _____ Posologia _____

4.2.1 Quanto de alívio você obteve com o uso dos remédios de sua escolha? Onde 0 (zero) significa nenhum alívio e 10 (dez) alívio total?

<b>7º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10	<b>180º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10
<b>14º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10	<b>270º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10
<b>21º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10	<b>365º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10
<b>30º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10	<b>455º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10
<b>60º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10	<b>545º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10
<b>90º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10	<b>635º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10
		<b>720º PO</b>	_0_ _1_ _2_ _3_ _4_ _5_ _6_ _7_ _8_ _9_ _10

5. Em qual(is) local(is) você tem sentindo dor?

<b>7º PO</b>	<b>5.1</b> [ ] acima do corte	<b>5.2</b> [ ] abaixo do corte	<b>5.3</b> [ ] lado direito
	<b>5.4</b> [ ] lado esquerdo	<b>5.5</b> [ ] exatamente em cima do corte	<b>5.6</b> [ ] ao redor do corte
<b>14º PO</b>	<b>5.1</b> [ ] acima do corte	<b>5.2</b> [ ] abaixo do corte	<b>5.3</b> [ ] lado direito
	<b>5.4</b> [ ] lado esquerdo	<b>5.5</b> [ ] exatamente em cima do corte	<b>5.6</b> [ ] ao redor do corte
<b>21º PO</b>	<b>5.1</b> [ ] acima do corte	<b>5.2</b> [ ] abaixo do corte	<b>5.3</b> [ ] lado direito
	<b>5.4</b> [ ] lado esquerdo	<b>5.5</b> [ ] exatamente em cima do corte	<b>5.6</b> [ ] ao redor do corte
<b>30º PO</b>	<b>5.1</b> [ ] acima do corte	<b>5.2</b> [ ] abaixo do corte	<b>5.3</b> [ ] lado direito
	<b>5.4</b> [ ] lado esquerdo	<b>5.5</b> [ ] exatamente em cima do corte	<b>5.6</b> [ ] ao redor do corte
<b>60º PO</b>	<b>5.1</b> [ ] acima do corte	<b>5.2</b> [ ] abaixo do corte	<b>5.3</b> [ ] lado direito
	<b>5.4</b> [ ] lado esquerdo	<b>5.5</b> [ ] exatamente em cima do corte	<b>5.6</b> [ ] ao redor do corte
<b>90º PO</b>	<b>5.1</b> [ ] acima do corte	<b>5.2</b> [ ] abaixo do corte	<b>5.3</b> [ ] lado direito
	<b>5.4</b> [ ] lado esquerdo	<b>5.5</b> [ ] exatamente em cima do corte	<b>5.6</b> [ ] ao redor do corte
<b>180º PO</b>	<b>5.1</b> [ ] acima do corte	<b>5.2</b> [ ] abaixo do corte	<b>5.3</b> [ ] lado direito
	<b>5.4</b> [ ] lado esquerdo	<b>5.5</b> [ ] exatamente em cima do corte	<b>5.6</b> [ ] ao redor do corte

<b>270° PO</b>	<b>5.1</b> [ ] acima do corte <b>5.4</b> [ ] lado esquerdo	<b>5.2</b> [ ] abaixo do corte <b>5.5</b> [ ] exatamente em cima do corte	<b>5.3</b> [ ] lado direito <b>5.6</b> [ ] ao redor do corte
<b>365° PO</b>	<b>5.1</b> [ ] acima do corte <b>5.4</b> [ ] lado esquerdo	<b>5.2</b> [ ] abaixo do corte <b>5.5</b> [ ] exatamente em cima do corte	<b>5.3</b> [ ] lado direito <b>5.6</b> [ ] ao redor do corte
<b>455° PO</b>	<b>5.1</b> [ ] acima do corte <b>5.4</b> [ ] lado esquerdo	<b>5.2</b> [ ] abaixo do corte <b>5.5</b> [ ] exatamente em cima do corte	<b>5.3</b> [ ] lado direito <b>5.6</b> [ ] ao redor do corte
<b>545° PO</b>	<b>5.1</b> [ ] acima do corte <b>5.4</b> [ ] lado esquerdo	<b>5.2</b> [ ] abaixo do corte <b>5.5</b> [ ] exatamente em cima do corte	<b>5.3</b> [ ] lado direito <b>5.6</b> [ ] ao redor do corte
<b>635° PO</b>	<b>5.1</b> [ ] acima do corte <b>5.4</b> [ ] lado esquerdo	<b>5.2</b> [ ] abaixo do corte <b>5.5</b> [ ] exatamente em cima do corte	<b>5.3</b> [ ] lado direito <b>5.6</b> [ ] ao redor do corte
<b>720° PO</b>	<b>5.1</b> [ ] acima do corte <b>5.4</b> [ ] lado esquerdo	<b>5.2</b> [ ] abaixo do corte <b>5.5</b> [ ] exatamente em cima do corte	<b>5.3</b> [ ] lado direito <b>5.6</b> [ ] ao redor do corte

6. Esta dor é:

<b>7°PO</b>	<b>6.1</b> [ ] Superficial (nível da pele)	<b>6.2</b> Profunda [ ]	<b>6.3</b> [ ] Ambas
<b>14°PO</b>	<b>6.1</b> [ ] Superficial (nível da pele)	<b>6.2</b> Profunda [ ]	<b>6.3</b> [ ] Ambas
<b>21°PO</b>	<b>6.1</b> [ ] Superficial (nível da pele)	<b>6.2</b> Profunda [ ]	<b>6.3</b> [ ] Ambas
<b>30°PO</b>	<b>6.1</b> [ ] Superficial (nível da pele)	<b>6.2</b> Profunda [ ]	<b>6.3</b> [ ] Ambas
<b>60°PO</b>	<b>6.1</b> [ ] Superficial (nível da pele)	<b>6.2</b> Profunda [ ]	<b>6.3</b> [ ] Ambas
<b>90°PO</b>	<b>6.1</b> [ ] Superficial (nível da pele)	<b>6.2</b> Profunda [ ]	<b>6.3</b> [ ] Ambas
<b>180° PO</b>	<b>6.1</b> [ ] Superficial (nível da pele)	<b>6.2</b> Profunda [ ]	<b>6.3</b> [ ] Ambas
<b>270° PO</b>	<b>6.1</b> [ ] Superficial (nível da pele)	<b>6.2</b> Profunda [ ]	<b>6.3</b> [ ] Ambas
<b>365° PO</b>	<b>6.1</b> [ ] Superficial (nível da pele)	<b>6.2</b> Profunda [ ]	<b>6.3</b> [ ] Ambas
<b>455° PO</b>	<b>6.1</b> [ ] Superficial (nível da pele)	<b>6.2</b> Profunda [ ]	<b>6.3</b> [ ] Ambas
<b>545° PO</b>	<b>6.1</b> [ ] Superficial (nível da pele)	<b>6.2</b> Profunda [ ]	<b>6.3</b> [ ] Ambas
<b>635° PO</b>	<b>6.1</b> [ ] Superficial (nível da pele)	<b>6.2</b> Profunda [ ]	<b>6.3</b> [ ] Ambas
<b>720° PO</b>	<b>6.1</b> [ ] Superficial (nível da pele)	<b>6.2</b> Profunda [ ]	<b>6.3</b> [ ] Ambas

7. Quando a dor aparece?

<b>7° PO</b>	<b>7.1</b> ao movimento [ ] <b>7.3</b> ao movimento/repouso [ ]	<b>7.2</b> ao repouso [ ] <b>7.4</b> ao toque [ ]	<b>180° PO</b>	<b>7.1</b> ao movimento [ ] <b>7.3</b> ao movimento/repouso [ ]	<b>7.2</b> ao repouso [ ] <b>7.4</b> ao toque [ ]
<b>14° PO</b>	<b>7.1</b> ao movimento [ ] <b>7.3</b> ao movimento/repouso [ ]	<b>7.2</b> ao repouso [ ] <b>7.4</b> ao toque [ ]	<b>270° PO</b>	<b>7.1</b> ao movimento [ ] <b>7.3</b> ao movimento/repouso [ ]	<b>7.2</b> ao repouso [ ] <b>7.4</b> ao toque [ ]
<b>21° PO</b>	<b>7.1</b> ao movimento [ ] <b>7.3</b> ao movimento/repouso [ ]	<b>7.2</b> ao repouso [ ] <b>7.4</b> ao toque [ ]	<b>365° PO</b>	<b>7.1</b> ao movimento [ ] <b>7.3</b> ao movimento/repouso [ ]	<b>7.2</b> ao repouso [ ] <b>7.4</b> ao toque [ ]
<b>30° PO</b>	<b>7.1</b> ao movimento [ ] <b>7.3</b> ao movimento/repouso [ ]	<b>7.2</b> ao repouso [ ] <b>7.4</b> ao toque [ ]	<b>455° PO</b>	<b>7.1</b> ao movimento [ ] <b>7.3</b> ao movimento/repouso [ ]	<b>7.2</b> ao repouso [ ] <b>7.4</b> ao toque [ ]
<b>60° PO</b>	<b>7.1</b> ao movimento [ ] <b>7.3</b> ao movimento/repouso [ ]	<b>7.2</b> ao repouso [ ] <b>7.4</b> ao toque [ ]	<b>545° PO</b>	<b>7.1</b> ao movimento [ ] <b>7.3</b> ao movimento/repouso [ ]	<b>7.2</b> ao repouso [ ] <b>7.4</b> ao toque [ ]
<b>90° PO</b>	<b>7.1</b> ao movimento [ ] <b>7.3</b> ao movimento/repouso [ ]	<b>7.2</b> ao repouso [ ] <b>7.4</b> ao toque [ ]	<b>635° PO</b>	<b>7.1</b> ao movimento [ ] <b>7.3</b> ao movimento/repouso [ ]	<b>7.2</b> ao repouso [ ] <b>7.4</b> ao toque [ ]
			<b>720° PO</b>	<b>7.1</b> ao movimento [ ] <b>7.3</b> ao movimento/repouso [ ]	<b>7.2</b> ao repouso [ ] <b>7.4</b> ao toque [ ]

8. Com que frequência você tem sentido dor?

<b>7° PO</b>	8.1 _____ dias por semana	<b>180° PO</b>	8.1 _____ dias por semana
<b>14° PO</b>	8.1 _____ dias por semana	<b>270° PO</b>	8.1 _____ dias por semana
<b>21° PO</b>	8.1 _____ dias por semana	<b>365° PO</b>	8.1 _____ dias por semana
<b>30° PO</b>	8.1 _____ dias por semana	<b>455° PO</b>	8.1 _____ dias por semana
<b>60° PO</b>	8.1 _____ dias por semana	<b>545° PO</b>	8.1 _____ dias por semana
<b>90° PO</b>	8.1 _____ dias por semana	<b>635° PO</b>	8.1 _____ dias por semana
		<b>720° PO</b>	8.1 _____ dias por semana

9. A dor que você tem sentido dificulta de algum modo as seguintes atividades (quadro):

ATIVIDADE	7º PO	14º PO	21º PO	30º PO	60º PO
Sentar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Levantar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Andar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Urinar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Evacuar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Dormir	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Amamentar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Cuidar do bebê (ex.: dar banho, trocar fraldas)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Tossir	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Espirrar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Cuidar da casa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Praticar atividade física	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Subir escadas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Utilizar transporte público	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Ter atividade sexual	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
A dor está dificultando a realização de outra(s) atividade(s)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual (is)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual (is)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual (is)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual (is)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual (is)?
	_____	_____	_____	_____	_____

<b>ATIVIDADE</b>	<b>90° PO</b>	<b>180° PO</b>	<b>270° PO</b>	<b>365° PO</b>	<b>455° PO</b>
Sentar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Levantar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Andar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Urinar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Evacuar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Dormir	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Amamentar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Cuidar do bebê (ex.: dar banho, trocar fraldas)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tossir	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Espirrar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Cuidar da casa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Praticar atividade física	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Subir escadas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Utilizar transporte público	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Ter atividade sexual	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
A dor está dificultando a realização de outra(s) atividade(s)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual (is)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual (is)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual (is)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual (is)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual (is)?
	_____	_____	_____	_____	_____

ATIVIDADE	545° PO	635° PO	720° PO
Sentar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Levantar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Andar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Urinar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Evacuar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Alimentar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Dormir	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Amamentar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Cuidar do bebê (ex.: dar banho, trocar fraldas)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tossir	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Espirrar	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Cuidar da casa	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Praticar atividade física	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Subir escadas	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Utilizar transporte público	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
Ter atividade sexual	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> NR
A dor está dificultando a realização de outra(s) atividade(s)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual (is)? _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual (is)? _____	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, qual (is)? _____

7° PO		30° PO		180° PO		635° PO	
14° PO		60° PO		270° PO		720° PO	
21° PO		90° PO		365° PO			

## **Apêndice 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, de uma pesquisa, intitulada “CRONIFICAÇÃO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA EM UMA COORTE DE MULHERES BRASILEIRAS SUBMETIDAS A CESARIANA” sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Lílian Varanda Pereira, professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Meu nome é Natália de Carvalho Borges, sou a pesquisadora responsável e minha área de atuação é Dor.

Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizada de forma alguma.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato comigo pelos telefones: (62) 8558-0618 e (62) 3256-1312, ou com minha orientadora Dra. Lílian Varanda Pereira, pelo telefone (62) 8589-2822. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nessa pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3269-8338 ou 3269-8426.

#### **Informações importantes sobre a pesquisa**

O objetivo geral da pesquisa é avaliar a dor pós-operatória persistente em mulheres submetidas à cesárea eletiva e identificar os fatores de risco para o desenvolvimento desse agravo, a fim de implementar ações para preveni-lo.

A coleta de dados acontecerá em quatro momentos. No primeiro, antes da cirurgia, por meio de uma entrevista realizada por mim ou por outro observador treinado, você será indagada sobre a presença de algum tipo de dor, características da mesma, sobre medo da cirurgia, ansiedade, depressão e reações frente à dor, assim como características socioeconômicas e demográficas. No segundo momento, durante a cirurgia, a coleta será referente ao procedimento cirúrgico, por meio das anotações médicas. O terceiro momento acontecerá em até 24 horas após a cirurgia, e você será questionada sobre a presença de dor no local do procedimento, assim como as características dessa dor. Ao receber alta a coleta de informações se dará por meio de ligações telefônicas no **7º, 14º, 21º, 30º, 60º, 90 e 180º, 270º e 365º** dia após o parto. Após um ano da cirurgia, caso ainda sinta dor relacionada à cesárea, poderão acontecer visitas domiciliares periódicas. A entrevista após a alta hospitalar consistirá das mesmas perguntas da feitas anteriormente, acrescidas de informações sobre a influência dessa dor nas suas atividades cotidianas.

Durante a entrevista, caso você sinta dor ou desconforto e manifeste o desejo de interromper a mesma, temporariamente ou permanentemente, você poderá fazê-lo sem qualquer prejuízo para si ou para o bebê. No entanto, justifica-se a realização da pesquisa devido aos benefícios que ela trará para a prevenção de repercussões negativas causadas pela dor persistente que acomete muitas mulheres após se submeter a uma cesariana.

Você será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. A sua identidade será tratada com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão enviados para você, caso deseje, e permanecerão confidenciais. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Pós-graduação de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFG/GO por 10 anos, e outra será fornecida a você.

A participação no estudo não acarretará custos para você e você também não receberá nenhum pagamento por isso. Caso julgue ter sofrido danos decorrentes de sua participação nesta pesquisa você tem o direito de pleitear indenização.

Nome e Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

#### **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA**

Eu, \_\_\_\_\_, nº de prontuário \_\_\_\_\_ abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Cronificação da dor pós-operatória em uma coorte de mulheres brasileiras submetidas a cesariana”, como sujeito. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora \_\_\_\_\_ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do sujeito: \_\_\_\_\_

## Apêndice 3 – Termo de Assentimento

### TERMO DE ASSENTIMENTO<sup>2</sup>

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, em uma pesquisa. Meu nome é Natália de Carvalho Borges, sou a pesquisadora responsável e meu trabalho é pesquisar sobre a dor que as mulheres podem sentir após o parto cesáreo. Queremos avaliar esta dor no que diz respeito à intensidade, qualidade, duração e interferência nas atividades diárias e, por fim, identificar o que está relacionado com estas características para que possamos contribuir com o alívio e prevenção da experiência dolorosa após o parto cesáreo.

Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Se não desejar participar da pesquisa, você não será penalizada de forma alguma.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato comigo pelos telefones: (62) 8558-0618 e (62) 3256-1312, ou com minha orientadora Dra. Lílian Varanda Pereira, pelo telefone (62) 8589-2822. Em caso de dúvidas sobre os seus direitos como participante nessa pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3269-8338 e 3269- 8426 ou no endereço: 1ª Avenida S/Nº Setor Leste Universitário, Unidade de Pesquisa Clínica, 2º andar. Horário de funcionamento: 2ª a 6ª das 7:00 às 17:00hs.

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE A PESQUISA:

As informações serão colhidas em quatro momentos. No primeiro, antes da cirurgia, por meio de uma entrevista realizada por mim ou por outra pessoa treinada. Serão feitas perguntas a você sobre a presença de algum tipo de dor e suas características, medo da cirurgia, ansiedade, depressão e reações frente a dor, assim como características socioeconômicas e demográficas.

No segundo momento, durante a cirurgia, a coleta será referente ao procedimento cirúrgico, por meio das anotações médicas. O terceiro momento acontecerá em até 24 horas após a cirurgia, e você será questionada sobre a presença de dor no local do procedimento, assim como as características dessa dor.

Ao receber alta, os dados serão poderão colhidos por meio de ligações telefônicas no **7º, 14º, 21º, 30º, 60º, 90, 180º e 360º** dia após o parto. Depois, você poderá receber ligações ou visitas domiciliares periódicas caso ainda sinta dor relacionada a cesárea. As perguntas sobre a dor serão as mesmas que feitas anteriormente durante a internação, com acréscimo de algumas, como a influência dessa dor nas suas atividades cotidianas e, caso relate dor, um teste para verificar se há características de dor

---

<sup>2</sup> Título da Pesquisa: Avaliação da dor pós-operatória persistente em uma coorte de mulheres submetidas ao parto cesáreo.

neuropática, ou seja, dor por lesão de nervos. Esse exame consiste em tocar a área da cicatriz com os dedos, uma escova de dente e com uma agulha com ponta adequada para que não haja perfurações e verificar o tipo de sensação que será relatada por você.

Durante a entrevista, caso você sinta dor ou desconforto e manifeste o desejo de não continuar, temporariamente ou permanentemente, você poderá fazê-lo sem qualquer prejuízo para si ou para o bebê. No entanto, é importante a sua participação na pesquisa devido aos benefícios que ela trará para a prevenção de repercussões negativas causadas pela dor persistente que acomete algumas mulheres após a cesariana.

Você será informada sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. A sua identidade será tratada com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão enviados para você, caso deseje, e permanecerão confidenciais. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso de Pós-graduação de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFG/GO por 10 anos, e outra será fornecida a você.

A participação no estudo não acarretará custos para você e você também não receberá nenhum pagamento por isso. Caso julgue ter sofrido danos decorrentes de sua participação nesta pesquisa você tem o direito de pleitear indenização.

Nome e Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_

### **ASSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA NA PESQUISA**

Eu, \_\_\_\_\_, nº de prontuário \_\_\_\_\_ abaixo assinado, concordo em participar do estudo “Avaliação da dor pós-operatória persistente em uma coorte de mulheres submetidas ao parto cesáreo”. Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora \_\_\_\_\_ sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do responsável: \_\_\_\_\_

## ANEXOS

### Anexo 1 – Parecer consubstanciado CEP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - GO



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Avaliação da dor pós-operatória persistente em uma coorte de mulheres submetidas ao parto cesáreo

**Pesquisador:** Natália de Carvalho Borges

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 21019213.0.0000.5078

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 421.525

**Data da Relatoria:** 26/09/2013

**Apresentação do Projeto:**

**AVALIAÇÃO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA PERSISTENTE EM UMA COORTE DE MULHERES SUBMETIDAS AO PARTO CESÁREO**

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo geral da pesquisa: avaliar a dor pós-operatória persistente em mulheres submetidas à cesárea eletiva e identificar os fatores de risco para o desenvolvimento desse agravo, a fim de implementar ações para preven-lo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS E BENEFÍCIOS**

"Os riscos para as participantes serão mínimos. Se existirem, estarão relacionados à confidencialidade dos dados, o que será prevenido pela utilização de iniciais para o nome e os instrumentos citados. Os resultados da pesquisa contribuirão na elucidação da cronificação da dor pós-cesariana. Espera-se, ainda, conhecer a extensão e natureza da experiência dolorosa entre estas mulheres e contribuir para a sua prevenção".

**Transcrito do Projeto de Pesquisa.**

"Durante a coleta de dados, caso você sinta dor ou desconforto e manifeste o desejo de interromper a mesma, temporariamente ou permanentemente, você poderá fazê-lo sem qualquer

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica  
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-600  
UF: GO Município: GOIÂNIA  
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8428 E-mail: cephoufg@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - GO



Continuação do Parecer: 421.025

prejuízo para si ou para o tratamento".Obs: 2)Transcrito do TCLE.Obs:3)"Caso julgue ter sofrido danos decorrentes de sua participação nesta pesquisa você tem o direito de pleitear indenização" ;"A sua identidade será tratada com padrões profissionais de sigilo"."Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo".Transcritos do TCLE. Em acordo com a Res.466/2012,do CNS.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de pesquisa(dissertação de mestrado na área de enfermagem) relevante,no que se refere ao estudo e avaliação da dor no pós operatório de cesariana.Poderá trazer subsídios para ações preventivas no campo da enfermagem em relação à dor do pós-parto cesariano que acomete muitas mulheres.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os Termos de apresentação obrigatória estão em conformidade com as recomendações da Res.466/2012, do CNS.

**Recomendações:**

Mudar no TCLE os telefones do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, ao invés dos números 3521-1075 ou 3521-1076, mudar para 3269-8338 ou 3269-8426.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto de pesquisa adequado,não apresenta a meu ver óbices de caráter ético,sugiro a aprovação por este CEP.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, a Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas/UFG - CEP/HC/UFG, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Após início, o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/HC/UFG, via Plataforma Brasil, relatórios trimestrais/semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusões e publicações.

O CEP/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 466/12 e suas

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica  
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-000  
UF: GO Município: GOIANIA  
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8428 E-mail: cephcu/g@yahoo.com.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - GO



Continuação do Processo: 421.025

complementares.

**ATENÇÃO PARA O ITEM RECOMENDAÇÕES**

Situação: Protocolo aprovado com recomendações.

GOIANIA, 10 de Outubro de 2013

---

Assinador por:  
**JOSE MARIO COELHO MORAES**  
(Coordenador)

Endereço: 1ª Avenida s/nº - Unidade de Pesquisa Clínica  
Bairro: St. Leste Universitário CEP: 74.605-020  
UF: GO Município: GOIANIA  
Telefone: (62)3269-8338 Fax: (62)3269-8428 E-mail: cephoifg@yahoo.com.br