

A avaliação do pós-parto

Georgia Danila Fernandes D'Oliveira

Faculdade LS, Distrito Federal, Brasil

Dayse Flores

Patrícia Galdino de Andrade Wollmann

Viviane Tobias Albuquerque

Graduandas em Enfermagem, Faculdade LS, Distrito Federal, Brasil

Resumo

O objetivo do presente estudo foi o de agrupar evidências científicas sobre a avaliação da dor no pós-parto por meio das escalas de dor mais utilizadas como EVA – Escala analógica visual e Questionário para dor McGill (MPQ). Revisão da literatura de 2000 a 2010, sobre a avaliação da dor no pós-parto. A seleção buscou estudos nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa através das bases de dados *Medline* e *Lilacs*. Foram selecionados 53 artigos que continham os desfechos de interesse dessa revisão. Vários artigos relatam que a dor quando comparada aos tipos de parto – vaginal e cesáreo – pode ser relatada em dois momentos, durante o trabalho de parto e pós-parto. No parto vaginal a dor é referida no trabalho de parto e durante o parto enquanto que na cesárea a maior intensidade de dor é sentida no puerpério. A ansiedade no período que antecede o parto pode influenciar no aumento da intensidade de dor. Os estudos evidenciaram que fatores culturais, socioeconômicos e emocionais associados ao medo e apreensão do processo de parturição influenciam na escolha e percepção prévia do parto. E a dor no trabalho de parto, parto e pós-parto pode ser intensificada pela ansiedade.

Palavras-chave: dor, ansiedade, avaliação da dor, parto cesáreo, parto vaginal.

Assessment of post-partum

Abstract

The aim of this study was to bring together scientific evidence on the assessment of pain in the postpartum period through the most commonly used pain scales as VAS - visual analogue scale and McGill Pain Questionnaire (MPQ). Review of the literature from 2000 to 2010 on the assessment of pain postpartum. The selection aimed to study in English, Spanish and Portuguese through Medline and Lilacs. We selected 53 articles that contained the outcomes of interest of this review. Several papers report that the pain when compared to the types of delivery - vaginal and cesarean section - can be reported on two occasions, during labor and postpartum. In vaginal pain is referred to in labor and during cesarean delivery while in the greatest pain is felt in the puerperium. The anxiety in the period before birth may influence the increase of pain intensity. The studies showed that cultural factors, socioeconomic and emotional fear and apprehension associated with the delivery process and perception influence the choice of prior delivery. And the pain during labor, delivery and postpartum can be intensified by anxiety.

Keywords: pain, anxiety, pain assessment, cesarean section, vaginal delivery

Introdução

A dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesões reais ou potenciais descrita pela Associação Internacional para o Estudo da Dor – IASP (MERSKEY; BOGDUK, 1994).

As casuísticas publicadas por Pedroso e Celich (2006) e Pitangui et al (2009) evidenciam a dificuldade em mensurar a dor – por ser subjetiva – e a complexidade em determinar sua intensidade, por ser uma experiência individual.

A característica subjetiva da dor exerce um papel de alerta constituindo um reflexo de proteção do organismo, alertando o Sistema Nervoso Central (SNC) sobre um desequilíbrio em sua homeostase, comunicando ao indivíduo que algo está errado (FRUTUOSO; CRUZ, 2004).

A modulação da dor é realizada por mecanismos analgésicos endógenos, caracterizados pelos nociceptores – terminações nervosas livres situadas na medula espinhal – que levam a informação dolorosa de sua origem periférica ao SNC, onde a percepção dolorosa torna-se uma sensação consciente com características mais evidentes, inclusive a intensidade (ALMEIDA et al, 2005).

A dor do trabalho de parto apresenta um componente somático (envolve o útero e seus anexos) e um componente visceral (distensão do assoalho pélvico, vagina e períneo). A dor de origem visceral ocorre precocemente no trabalho de parto, enquanto a dor somática aparece no fim da dilatação, intensificando-se na expulsão, somando-se a dor visceral ainda presente. Esse período é descrito como o mais doloroso do trabalho de parto, podendo causar danos maternos de ordem psicológica, devido a falta de alívio da dor na progressão do parto (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA, 2001; RODRIGUES E SIQUEIRA, 2008.)

Durante o processo do parto vaginal é frequente ocorrer modificações nas estruturas da pelve e na superfície perineal, podendo ocasionar lesões, seja por episiotomias ou por roturas. A dor na episiotomia é uma das causas mais comuns de morbidade no período pós-parto. No pós-operatório de cesárea a dor também está intimamente ligada ao dano tecidual devido às reações inflamatórias decorrentes de um processo traumático (PITANGUI et al, 2009; SOUSA et al, 2009).

A mulher no puerpério necessita de um atendimento integral humanizado, tanto aquelas que realizaram parto vaginal, quanto aquelas puérperas que enfrentaram uma cesariana (SOUSA et al, 2009). A experiência dolorosa no pós-parto poderá diminuir a qualidade de vida da parturiente e ter repercussões prolongadas, somatizando no surgimento de depressão pós-parto (COSTA, PACHECO E FIGUEIREDO, 2007).

A dor causada por traumas ou incisões cirúrgicas é caracterizada como aguda por ter início súbito, ser localizada, rápida e desaparecer após resolução do processo doloroso. Sendo um conjunto de experiências sensitivas, cognitivas e emocionais associadas a respostas autônomas e comportamentais, além de estar relacionada ao índice de ansiedade (LIMA E TRAD, 2008; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2001; PIMENTA et al, 2001).

A dor pode ser mensurada de dois tipos: unidimensional e multidimensional. O primeiro quantifica por meio de escalas organizadas em categorias: escalas numéricas, de descritores verbais, de representação gráfica não numérica e de analogia visual. Enquanto o segundo avalia as dimensões sensoriais, afetivas e avaliativas da dor a partir de diferentes indicadores de respostas e interações como o Questionário para Dor de McGill – MPQ (PITANGUI et al, 2009; SOUSA, 2002.)

A parturição, por ser um momento único na vida da mulher, pode ocasionar ansiedade, esta por sua vez constitui um fator que pode influenciar na percepção dolorosa (SERRANO et al, 2007; TEDESCO et al, 2004).

As alterações metabólicas relacionadas à ansiedade são bastante significativas, tais como o aumento de catecolaminas e corticosteróides, gerando taquicardia e aumento da pressão sanguínea, o que pode comprometer todo o organismo. Em resposta ao processo de ansiedade, o hipotálamo age sobre a hipófise, resultando na ativação do eixo Hipotalâmico-Hipofisário através do CRH – hormônio corticotrófico, preparando o organismo para combater o agente estressor (GUYTON, 2006; SILVERTHORN, 2003).

Fernandes et al (2007) e Pádua et al (2010) apontam a quantidade de partos como uma variável de confusão para a avaliação da dor. Outro aspecto discutido é a relação da escolha pelo primeiro parto operatório que, segundo eles, pode influenciar claramente no parto subsequente.

O estado da ansiedade em pacientes hospitalizados pode ser avaliado por diversas escalas como: HADS – Escala hospitalar de ansiedade e depressão e IDATE – Inventário de ansiedade traço e estado. A primeira é utilizada para separar os sinais de ansiedade e depressão, enquanto que a segunda determina o grau de ansiedade. A ansiedade pode ser conceituada em ansiedade traço que é uma característica individual para vivenciar a ansiedade, e a ansiedade estado que é uma condição transitória de tensão diante da circunstância vivenciada (ALMEIDA et al, 2005; OLIVEIRA; SISTO, 2004).

Alguns estudiosos têm trabalhado nas variáveis de ansiedade e dor buscando compreender aspectos relativos à fisiologia, procurando perceber os fatores que interferem nesses fenômenos, para que o enfermeiro e outros profissionais de saúde envolvidos na assistência à parturiente possam intervir sobre eles (ALMEIDA et al, 2005).

O objetivo dessa revisão foi agrupar evidências científicas sobre a avaliação da dor no pós-parto por meio das escalas de dor mais utilizadas como EVA e questionário de McGill, e a correlação do fenômeno doloroso com o nível de ansiedade.

Métodos

O presente artigo de revisão bibliográfica adotou como critério inicial para seleção a consulta ao *Medline*, através do sistema de busca *Pubmed* (www.ncbi.nih.gov/pubmed) utilizando como descritores as palavras-chave "pain", "anxiety", "assessment of pain," "cesarean section," and "vaginal delivery". A opção por esse banco de dados se justifica por ser conhecido e muito utilizado por acadêmicos e profissionais da área da saúde. A Literatura Latina Americana e do Caribe em Ciência da Saúde (*Lilacs*) também foi consultada utilizando os descritores na língua portuguesa: "dor", "ansiedade", "avaliação da dor", "parto cesáreo" e "parto vaginal".

A seleção buscou publicações científicas dos anos de 2000 a 2010 nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa. Alguns trabalhos – publicados antes desse período – foram citados por sua relevância e impacto na literatura científica.

No estudo foram incluídos artigos sobre mensuração e avaliação da dor, dor pós-operatória, parto cesáreo, parto vaginal, vaginal com episiotomia, ansiedade pré-operatória,

escalas de dor e ansiedade. Pesquisas que não abordaram esses temas, ou não tinham uma metodologia adequada, foram excluídos.

Resultados

De 250 artigos encontrados no *Medline*, 85 foram selecionados. Desse total, 53 artigos continham os desfechos de interesse dessa revisão e foram incluídos no estudo.

Discussão

A dor está associada ao grau de sofrimento, sendo caracterizada por uma qualidade sensorial complexa, difícil de ser determinada ou interpretada por ser um processo individual e de caráter subjetivo (FRUTUOSO; CRUZ, 2004; RIGOTTI; FERREIRA, 2005).

De acordo com a definição da IASP – *International Association for the Study of Pain* – os componentes sensitivo, emocional, cognitivo fazem parte ou contribuem para a experiência subjetiva da dor (MERSKEY; BOGDUK, 1994).

Fisiologicamente, a dor desencadeia uma resposta complexa que envolve diversas manifestações sistêmicas indesejadas (pico hipertensivo, taquicardia, taquipnéia, sudorese, agitação psicomotora e ansiedade) para recuperar o organismo e manter um quadro clínico estável (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2001; BASSANEZI; OLIVEIRA FILHO, 2006).

A sensação de dor provocada pela estimulação nociceptiva envolve diferentes mecanismos, vários tipos de neurotransmissores além do conhecimento das estruturas do Sistema Nervoso Periférico e Central (SNP e SNC), que são responsáveis pelo processo algico (FRUTUOSO; CRUZ, 2004).

Um estímulo que provoca dano resulta no acúmulo de substâncias algogênicas (histaminas, prostaglandinas, bradicinina e outras), estas sensibilizam as terminações nervosas livres que transmitem os estímulos químicos, mecânicos ou térmicos pelas fibras nociceptivas A δ (A-delta) e C chegando à medula espinhal (PIMENTA et al, 2001; GUYTON, 2006; JULIUS; BASBAUM, 2001).

Iniciada a nocicepção os potenciais de ação (PA) nociceptivos são transmitidos pelo SNP até o corno posterior da medula espinhal através da raiz dorsal. A nocicepção continua por via ascendente por meio dos tratos espinotalâmico e espinorreticular, até que a

informação dolorosa chegue à formação reticular bulbo-pontina, tálamo, mesencéfalo, sistema límbico e córtex cerebral – local em que a percepção dolorosa torna-se uma sensação consciente com características mais evidentes, inclusive a intensidade (PIMENTA et al, 2001; ALMEIDA; ROIZENBLATT; TUFIK, 2004; BALDO, 2008; OLIVEIRA; PONTE, 2008).

A informação dolorosa interpretada pelo córtex cerebral aciona o SNA – Sistema Nervoso Autônomo levando a um aumento da síntese das catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) e hormônios (corticosteróides). A liberação intensa e prolongada destas substâncias produz alterações sistêmicas significativas durante o trabalho de parto, podendo causar hipocapnia, alcalemia, taquicardia, aumento do débito cardíaco e da pressão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA, 2001; PIMENTA et al, 2001; SILVERTHORN, 2003).

A dor quando comparada aos tipos de parto – vaginal e cesáreo – pode ser relatada em dois momentos, durante o trabalho de parto e pós-parto. As dores do parto são inevitáveis e ocorrem tanto no parto normal (trabalho de parto) ou após a cesariana - no puerpério imediato (GAMA et al, 2009).

O parto normal é considerado um parto ativo, com modificações na superfície pélvica e perineal que podem ocasionar lesões nos tecidos – por roturas ou por episiotomias – gerando uma experiência maior de dor (RODRIGUES; SIQUEIRA, 2008; CARROLI; MIGNINI, 2001; MATTAR; AQUINO; MESQUITA, 2007; LAPPEN; GOSSETT; 2010).

No pós-parto vaginal a dor na episiotomia tem levado a um maior índice de morbidade materna e está sujeita a muitas complicações como: uma experiência maior de dor, hemorragia, hematoma, infecção, deiscência, disfunção sexual, prolapso vaginal e fístula reto-vaginal (CARROLI; MIGNINI, 2001).

A cesariana ocasiona uma lesão tecidual, seja pela incisão realizada ou pela manipulação direta das vísceras ou, ainda, pelo uso de instrumentais cirúrgicos, apresentando um quadro algico após o procedimento cirúrgico (SOUSA et al, 2009).

Ao analisar o nível de dor de 60 parturientes submetidas à cesariana, Sousa et al (2009) utilizou escalas unidimensionais de avaliação da dor – escala de categoria numérica (NRS) e uma escala multidimensional, para caracterizar a dor – MPQ. Concluindo que, em 75% dos casos, a dor estava localizada ao redor da incisão cirúrgica.

Pitangui et al (2009), em seu estudo com 40 puérperas primíparas submetidas à episiotomia utilizou a NRS e os descritores de dor do MPQ. Verificando que a intensidade da dor perineal foi considerada como moderada pelas puérperas e o descritor que melhor definiu a dor pós-episiotomia foi “dolorida” em 67,5% da amostra.

O estudo realizado por Mejia, Quintero e Tovar (2004), evidenciou por meio da EVA que a intensidade da dor perineal foi mais intensa no grupo que realizou episiotomia. O nível de dor pós-parto foi classificado de moderado a severo por 79% do grupo controle (tiveram episiotomia) contra 16% do grupo experimental (não tiveram episiotomia).

Prates (2006) avaliou o grau de dor decorrente da episiotomia em 100 puérperas no pós-parto imediato, por meio da EVA, evidenciando que 93% das parturientes sentiram dor na região da episiotomia, sendo que as multigestas apresentaram maior grau de dor do que as primigestas.

Alves (2008) com o auxílio do questionário MPQ, de uma adaptação da Escala de Ansiedade Dentária (Corah 1969) e a EVA, avaliou 20 mulheres antes e após o parto vaginal. E observou-se que altos níveis de dor se associaram com altos índices de ansiedade geral; e os níveis de dor e ansiedade foram maiores em primigestas; e em muitos casos o valor estimado de dor pelo médico foi menor do que o relatado pela parturiente.

Gama et al (2009) ao comparar o parto vaginal e a cesárea em puérperas evidenciou que na cesárea há dores no pós-parto, além de dificuldades na recuperação e complicações decorrentes da cirurgia. Já o parto vaginal possui um quadro algíco durante o trabalho de parto.

Tedesco et al (2004) relata a preferência pela via de parto vaginal por haver mais conforto e segurança para o binômio mãe-filho, e pelo medo do sofrimento e dor do pós-parto cesárea.

Segundo Gama et al (2009) as vivências quanto às dores do parto normal foram muito semelhantes, nos serviços públicos e privados⁽²⁷⁾. E as mulheres mesmo tendo experimentado dores intensas no parto normal, preferiram essa via de parto em detrimento da cesárea. Porém, na pesquisa de Oliveira et al (2002) o medo da dor durante o trabalho de parto e parto constitui um dos determinantes responsáveis pela preferência das mulheres por cesárea.

Barbosa et al (2003) evidenciou em seu estudo que de 909 parturientes pesquisadas, 455 solicitaram o parto cesáreo e cerca de 78% delas o fizeram durante o trabalho de parto. E as mulheres que não queriam cesárea (454), a maioria absoluta 93,9%,0 a solicitou durante o trabalho de parto e/ou parto. Fato esse que corrobora a opinião das pesquisadas, de que o pedido decorre da dor do parto.

A pesquisa de Costa et al (2003) contou com 115 participantes, e cerca de 68,7% refere que o trabalho de parto não decorreu de acordo com as suas expectativas. Aproximadamente 74% das mulheres referiram que a dor sentida no trabalho de parto foi igual ou superior ao que esperavam. Cerca de 41,2% refere que a dor sentida no pós-parto foi superior ao que esperavam e apenas 22,8% da participantes afirmaram que a dor no pós-parto foi inferior ao que esperavam.

No puerpério a mulher está vulnerável fisicamente e emocionalmente, pois neste período ela recebe menor atenção da equipe de saúde e dos seus familiares, sendo a atenção voltada para o recém-nascido. Contudo, é nesta fase que algumas complicações podem acontecer devido as grandes alterações fisiopatológicas características deste período, o que reforça uma maior atenção para a evolução clínica no pós-parto (COSTA; PACHECO, FIGUEIREDO, 2007; MELO et al, 2009).

A dor, por ser uma experiência subjetiva e multifatorial de ordem individual, é de difícil mensuração. Este fenômeno algico deve ser avaliado pela sua magnitude e intensidade por meio de instrumentos unidimensionais e globalmente por meio de instrumentos multidimensionais que considera todas as suas dimensões (XAVIER; TORRES, ROCHA, 2005; PEREIRA; SOUSA, 2007).

Vários métodos têm sido utilizados para mensurar a percepção/sensação de dor. Os instrumentos unidimensionais são designados para quantificar a intensidade da dor, sendo escalas numéricas, de descritores verbais, de representação gráfica não numérica e de analogia visual. Assim, as Escalas Análogo-Visuais de dor atuam como importantes instrumentos para tornar essa manifestação mais objetiva (PEDROSO; CELICH, 2006; RIGOTTI; FERREIRA, 2005).

Já os instrumentos multidimensionais são empregados para avaliar e mensurar as diferentes dimensões da dor a partir de diferentes indicadores de respostas e interações. As

principais dimensões avaliadas são a sensorial, afetiva e avaliativa (PITANGUI et al, 2009; SOUSA, 2002).

Lebovici (1987) citado por Lopes et al (2005 p. 248) afirma que há reciprocidade na relação entre dor e ansiedade, uma vez que a dor aumenta a ansiedade, e a ansiedade incrementa a dor (LOPES et al, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2002) a ansiedade pode influenciar a percepção dolorosa (MINISTÉRIO DA SAÚDE; BRASIL, 2002). Serrano et al (2007), corrobora que fatores psicológicos, o estado geral de saúde, o bem-estar e a presença de transtornos específicos, como a ansiedade contribuem para percepção e significado da dor.

O apoio emocional, informação, aconselhamento e medidas de conforto podem reduzir a ansiedade, o medo e complicações durante o parto (HODNETT et al, 2007). Gibbins e Thomson (2001), Oliveira et al (2002), Costa et al (2003), Rodrigues e Siqueira (2008) relatam que mulheres acompanhadas por uma pessoa próxima durante o trabalho de parto e parto apresentam maior suporte emocional e segurança.

A ansiedade no final da gestação contribui para a formulação de expectativas negativas sobre o parto, tais como medo e insegurança (LOPES et al, 2005).

Freud, em 1936, considerou a ansiedade como um estado ou condição emocional desagradável, incluindo componentes fisiológicos e comportamentais, acompanhados por descargas motoras, consequentes de uma situação de perigo (OLIVEIRA; SISTO, 2004).

Muitas mulheres ao iniciar o trabalho de parto não tem o conhecimento sobre o processo de parturição, as intervenções e o motivo da indicação de cesárea. Propiciando o surgimento de reações emocionais associadas a alterações bioquímicas e hormonais relacionadas à ansiedade (GAMA et al, 2009; SMELTZER; BRUNNER; SUDDARTH, 2005; ARAÚJO; PEREIRA, 2007).

As alterações metabólicas relacionadas à ansiedade resultam na ativação do eixo Hipotalâmico-Hipofisário-Adrenal – HHA e Sistema Nervoso Simpático – SNS. Em uma situação de alerta o hipotálamo por meio do hormônio corticotrófico (CRH) estimula a liberação do hormônio adreno-corticotrófico (ACTH), aumentando a secreção de cortisol. Quando o SNS é ativado, provoca a liberação de catecolaminas ocasionando aumento da

pressão sanguínea, taquicardia, sudorese, entre outros (GUYTON, 2006; MANCUSO et al, 2004).

Durante a gravidez o CRH, ACTH e cortisol maternos aumentam progressivamente. A relação entre o eixo HHA e a placenta é bidirecional, ou seja, o estresse materno estimula a produção de CRH placentário, que por sua vez pode ampliar a resposta do eixo HHA ao estresse materno intensificando os sentimentos de ansiedade e potencializando os eventos adversos ao nascimento (MANCUSO et al, 2004).

O estudo conduzido por Mancuso et al (2004) possui evidências de que a ansiedade aumenta a secreção CRH. Sabe-se que esse hormônio interage com as prostaglandinas e oxitocinas, mediadoras da contração uterina e na liberação das catecolaminas e corticósteróides. O entendimento dos fatores endócrinos ainda é incipiente, no entanto, esse trabalho demonstrou associação da ansiedade presente entre as 28ª e 30ª semanas de gestação com o aumento do hormônio corticotrópico.

Spielberger (1979) citado por Medeiros e Peniche (2006 p. 87), caracteriza o estado de ansiedade como uma reação emocional transitória percebida pela consciência e evidenciada por sentimentos subjetivos de tensão, nervosismo e preocupação, aumentando assim, a atividade do SNA.

Uma experiência cirúrgica leva o indivíduo a mobilizar mecanismos de adaptação frente ao estresse e a ansiedade desencadeada pelo evento. Para muitos, uma intervenção cirúrgica configura um processo de aproximação da morte (MEDEIROS; PENICHE, 2006). Para Rodrigues e Siqueira (2008) isso é evidenciado no pré-parto, pois muitas parturientes ao se aproximarem do parto temem a idéia da própria morte e/ou a do bebê.

Um estudo realizado por Magalhães Filho et al (2006), mostra que um dos fatores que podem contribuir para elevar o nível de ansiedade é o período pré-operatório. Ader, Cohen e Felten (2004), observaram, neste estudo, que o aumento da ansiedade no período que antecede a cirurgia está associado a maior intensidade de dor pós-operatória.

A gestação e a parturição são acontecimentos muito importantes para a vida da mulher e são escassos os estudos que descrevem os efeitos da ansiedade para a mãe e o bebê nesses períodos (PRIMO; AMORIM, 2008). Segundo Araújo, Pereira e Kac (2007), a

presença da ansiedade pode afetar negativamente a gestação por ser considerada mediadora de mudanças endócrinas.

O estado da ansiedade pode ser avaliado por diversas escalas. A escala mais utilizada para rastreamento diagnóstico é a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS (CARNEIRO et al, 2009). Segundo Oliveira e Sisto (2004) a HADS é muito utilizada em hospitais como um instrumento para separar os sinais de ansiedade e depressão. A HADS é de fácil manuseio e de rápida execução. Ela pode ser realizada pelo paciente ou pelo entrevistador (MAGALHÃES et al, 2006; MARCOLINO et al, 2007).

Outros pesquisadores utilizam o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), pois determina o grau de ansiedade. E esta apresenta-se de duas formas: ansiedade-traço e ansiedade-estado. Ansiedade-traço é uma característica individual para vivenciar a ansiedade e ansiedade-estado é uma condição transitória de tensão diante da circunstância vivenciada (ALMEIDA et al, 2005).

As publicações sobre dor e ansiedade puerperal na área da enfermagem ainda são incipientes, necessitando de mais evidências relatadas. O fenômeno doloroso não constitui uma prioridade de cuidado no entendimento de muitos profissionais de saúde que aceitam ser sua existência um fato consumado (GONÇALVES; PEREIRA; CEZAR, 2007).

Os estudos abordados relatam a dor em mulheres durante o trabalho de parto e/ou puerpério e tem se apresentado como uma das ocorrências mais comuns, influenciando na saúde das mulheres e nos cuidados maternos. Em muitos casos – apesar do sofrimento – tende a ser considerada como parte do processo, tanto pelo profissional quanto pela mulher (PITANGUI et al, 2009).

Conclusão

Na revisão de literatura realizada, observa-se que a descrição do medo e apreensão do processo de parturição, associado ao aspecto cultural, socioeconômico e emocional influenciam na escolha e na percepção prévia do parto. Além de ser relatado que níveis elevados de ansiedade são precursores para percepção da dor durante o trabalho de parto, parto e pós-parto.

Referências

- Ader, R.; Cohen, N.; Felten, D. Psychoneuroimmunology: interactions between the nervous system and the immune system in: MORO ET, MÓDOLO NSP. Ansiedade, a criança e os pais. **Rev Bras Anesthesiol.** 2004; 54: (5): 728 – 738.
- Almeida, N.A.M. et al. Utilização de técnicas de respiração e relaxamento para alívio de dor e ansiedade no processo de parturição. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2005; 13(1): 52-8.
- Almeida T.F.; Roizenblatt S.; Tufik S. Afferent pain pathways: a neuroanatomical review. **Brain Research.** 2004; 1000(1-2): 40-56.
- Alves, B.; Siqueira, S. R. D. T. **Avaliação da dor pré e pós-parto normal.** Apresentado no 12º Congresso Mundial da Dor em Glasgow, Escócia, 17 a 22 de agosto de 2008. Disponível em: <<http://www.usp.br/siicusp/Resumos/17Siicusp/resumos/451.pdf>>. Acesso em: 27 de abril de 2010.
- Araújo, D. M. R.; Pereira, N. L.; Kac, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Cad. Saúde Pública.** 2007; 23(4):747-756.
- Baldo, M. V. C. Somestesia. In: AIRES, MM, editor. *Fisiologia.* 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. cap.16.
- Barbosa, G. P. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cad. Saúde Pública.** 2003; 19(6): 1611-1620.
- Bassanezi, B. S. B.; Oliveira Filho, A. G. Analgesia pós-operatória. **Rev. Col. Bras. Cir.** 2006; 33(2): 116-122.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor.** Rio de Janeiro: INCA, 2001. p.16-18.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.1.319, de 23 de julho de 2002. Cria, no âmbito do Sistema Único de Saúde, os Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/portarias/portaria39x.htm>>. Acesso em: 05/02/2010.
- Carneiro, A. F. et al. Avaliação da ansiedade e depressão no período pré-operatório em pacientes submetidos a procedimentos cardíacos invasivos. **Rev Bras Anesthesiol.** 2009; 59(4): 431-438.

- Carroli, G.; Mignini, L. **Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews.** 2001; (2): CD000081. Review.
- Costa, R.; Figueiredo, B.; Pacheco, A.; Pais, A. Parto: Expectativas, Experiências, Dor e Satisfação. **Psicologia, Saúde & Doenças.** 2003; 4(1): 47-67.
- Costa, R.; Pacheco, A.; Figueiredo, B. Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. **Rev. psiquiatr. clín.** 2007; 34(4): 157-165.
- Fernandes, M. A. S. et al. Características relacionadas ao primeiro e último parto por cesárea. **Rev Assoc Med Bras.** 2007; 53(1): 53-8.
- Frutuoso, J. T.; Cruz, R. M. Relato verbal na avaliação psicológica da dor. **Aval. psicol.** 2004; 3(2): 107-114.
- Gama, A. S. et al. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. **Cad. Saúde Pública.** 2009; 25(1): 2480-2488.
- Gibbins, J.; Thomson, A. M. Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery.* 2001; 17 (4): 302-13.
- Gonçalves, F. H. S.; Pereira, M. G. N.; Cezar, E. S. Avaliação da intensidade da dor em pacientes submetidos a amigdalectomia. **Cienc Cuid Saude.** 2007; 6(1): 85-94.
- Guyton, A. C. **Tratado de fisiologia médica.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- Hodnett, E. D. et al. Continuous support for women during childbirth. **Cochrane Database Syst Rev.** 2007; 18(3): CD003766.
- Julius, D.; Basbaum, A. Molecular mechanisms of nociception. **Nature.** 2001; 413(6852): 203-210.
- Lappen, J. R.; Gossett, D. R. Changes in Episiotomy Practice: Evidence-based Medicine in Action. **Rev of Obstet Gynecol.** 2010; 5(3): 301-309.
- Lima, M. A. G.; TRAD, L. Dor crônica: objeto insubordinado. **Hist. cienc. saude-Manguinhos.** 2008; 15(1): 117-133.
- Lopes, R. C. S. et al. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. **Psicol. Reflex. Crit.** 2005; 18(2): 247-254.
- Mancuso, R. A. et al. Maternal Prenatal Anxiety and Corticotropin-Releasing Hormone Associated With Timing of Delivery. **Psychosomatic Medicine.** 2004; 66:762-769.

- Magalhães Filho, L. L. et al. Impacto da Avaliação Pré-Anestésica sobre a Ansiedade e a Depressão dos Pacientes Cirúrgicos com Câncer. **Rev Bras de Anesthesiol.** 2006; 56(2): 126-136.
- Marcolino, J. A. M. et al. Hospital Anxiety and Depression Scale: A Study on the Validation of the Criteria and Reliability on Preoperative Patients. **Revista Brasileira de Anestesiologia.** 2007; 57(1): 57-62.
- Mattar, R.; Aquino, M. M. A.; Mesquita, M. R. S. A prática da episiotomia no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, 2007; 29(1): 1-2.
- Medeiros, V. C. C.; Peniche, A. C. G. A Influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. **Rev Esc Enferm USP.** 2006; 40(1): 86-92.
- Mejía, M. E.; Quintero, V. H.; Tavor, M. C. ¿La episiotomia debe ser um procedimento de rotina? **Colomb Med.** 2004; 35(2): 75-81.
- Melo, B. C. P. et al. Perfil epidemiológico e evolução clínica pós-parto na pré-eclâmpsia grave. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2009; 55(2): 175-180.
- Merskey, H.; Bogduk, N.; editors. Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definition of Pain Terms, 2nd ed., IASP Press, Seattle, 1994 [cited 2010 Mar 25]. Available from: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728.
- Oliveira, J. C. S.; Sisto, F. F. Construção de uma escala de ansiedade para pacientes de ambulatório: um estudo exploratório. **Revista Psicologia: teoria e prática.** 2004; 6(1): 45-57.
- Oliveira, S. M. J. V et al. Tipo de parto: expectativas das mulheres. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** 2002; 10(5): 667-674.
- Oliveira, Vitor A.; Ponte, E. L. Psicofisiologia da dor: uma revisão bibliográfica. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde.** 2008; 2(1): p.87-96.
- Pádua, K. S. et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Rev. Saúde Pública;** 2010; 44(1): 70-9.
- Prates, A. J. **Prevalência de dor decorrente da episiotomia no pós-parto imediato das puérperas do Hospital Nossa Senhora da Conceição – SC.** [monografia] Santa Catarina: Universidade do Sul de Santa Catarina; 2006.

- Pedroso, R. A.; Celich, K. L. S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto contexto - enferm.** 2006; 15(2): 270-276.
- Pereira, L. V.; Sousa, F. A. E. F. Psychophysical evaluation of the descriptors of pain in the postoperative. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2007; 15(3): 474-479.
- Pimenta, C. A. M. et al. Controle da dor no pós-operatório. **Rev Esc Enf USP.** 2001; 35(2): 180-3.
- Pitangui, A. C. R. et al. Mensuração e características da dor perineal em primíparas submetidas à episiotomia. **Acta Paul Enferm.** 2009; 22(1): 77-82.
- Primo, C. C.; Amorim, M. H. C. Efeitos do relaxamento na ansiedade e nos níveis de IgA salivar de puérperas. **Rev Latino-am Enfermagem.** 2008; 16(1): 36-41.
- Rigotti, M. A.; Ferreira, A. M. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arq Ciênc Saúde.** 2005; 12(1): 50-4.
- Rodrigues, A. V.; Siqueira, A. A. F. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** 2008; 8(2): 179-186.
- Serrano, S. C.; Oliveira Júnior, J. O.; Teodoro, A. L.; Dana, B. A. Farmacoterapia antálgica in: **Prática Hospitalar.** Ano IX. Nº 50, Mar-Abr, 2007. Disponível em: <<http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2050/pdfs/mat%2014-50.pdf>>. Acesso em: 12 de janeiro de 2010.
- Silverthorn, D. U. **Fisiologia humana: uma abordagem integrada**, 2 ed. São Paulo: Manole, 2003.
- Smeltzer, S. C.; Brunner e Suddarth. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap.13
- Sociedade Brasileira de Anestesiologia – SBA. **Analgesia do trabalho de parto.** Curso de Ensino à Distância 2001. Disponível em: <<http://www.sba.com.br/arquivos/ensino/04.pdf>>. Acesso em: 27 de maio de 2010.
- Sousa, F. A. E. F. Dor: o quinto sinal vital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** 2002; 10(3): 446-7.
- Sousa, L. et al. Mensuração e características de dor após cesárea e sua relação com limitação de atividades. **Acta paul. enferm.** 2009; 22(6): 741-747.

Tedesco RP, Maia Filho NL, Mathias L, Benez AL, Castro VCL, Bourroul GM, Reis FI. Fatores Determinantes para as Expectativas de Primigestas acerca da Via de Parto. **RBGO**. 2004; 26(10): 791-798.

Xavier, T. T.; Torres, G. V.; Rocha, V. M. Dor pós-operatória: características quanti-qualitativa relacionadas a toracotomia póstero-lateral e esternotomia. **Acta Cirúrgica Brasileira**. 2005; 20(1): 63-68.