

Avaliação da dor, Estresse e Coping em Puérperas no Pós-Operatório de Cesárea

Evaluation of Pain, Stress and Coping in Puerperal Women After Cesarean Section

Evaluación del Dolor, el Estrés y Afrontamiento en las Madres en la Sección Cesárea Postoperatoria

Vania da Rosa Friedrich¹; Monique Pereira Portella Guerreiro²; Eliane Raquel Rieth Benetti^{3*}; Joseila Sonogo Gomes⁴; Rosane Maria Kirchner⁵; Eniva Miladi Fernandes Stumm⁶

Como citar este artigo:

Friedrich VR, Guerreiro MPP, Benetti ER, *et al.* Avaliação da dor, Estresse e Coping em Puérperas no Pós-Operatório de Cesárea. Rev Fund Care Online.2019.11(n. esp):270-277. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.270-277>

ABSTRACT

Objective: The study's purpose has been to assess pain, perceived stress and coping in puerperal women during their cesarean postoperative periods. **Methods:** It is a cross-sectional study with a quantitative approach, which was carried out with 65 postpartum women admitted to a general hospital. The puerperal women during their cesarean postoperative period showing complaints and/or signs of pain in the last 24 hours were included. Data collection took place from April to July 2014 by using a Socio-demographic/Clinical Characterization Form, the McGill Pain Questionnaire, the Perceived Stress Scale, and an Inventory of Coping Strategies. Considering data analysis, Statistical analysis was performed. The project was approved by the Ethics and Research Committee from the *Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ)*, CAAE No. 26726014.0.0000.5350. **Results:** 46.4% reported severe pain; 64.6% "nauseous" pain. Among the puerperal women, 83.1% were classified as medium stress, and Positive Reassessment was the most used coping factor. **Conclusion:** Through the surgical procedure the biopsychosocial health of the puerperal women can be compromised due to the presence of pain. Nevertheless, the use of coping strategies focused on the problem might favor the confrontation of the stressors in a positive way.

Descriptors: Pain, Psychological Stress, Psychological Adaptation, Women, Cesarean Section.

Artigo oriundo de trabalho de conclusão de curso intitulado "Avaliação da dor, estresse e coping em puérperas no pós-operatório de cesárea" apresentado em 2015 ao Curso de Enfermagem da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ.

¹ Enfermeira. Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Hospital Unimed Noroeste/RS. Hospital Unimed Noroeste/RS.

² Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Hospital Universitário de Santa Maria/RS.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Docente na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Hospital Unimed Noroeste/RS. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ.

⁵ Matemática. Doutora em Engenharia Elétrica. Docente na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Campus Palmeira das Missões/RS. Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Campus Palmeira das Missões.

⁶ Enfermeira. Doutora em Ciências - Enfermagem. Docente na Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Hospital Unimed Noroeste/RS. Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ.

RESUMO

Objetivo: Avaliar dor, estresse percebido e coping em puérperas pós cesárea.

Métodos: Estudo transversal, quantitativo, com 65 puérperas em um hospital geral. Foram incluídas puérperas no Pós Operatório de cesárea, com queixas e/ou sinais de dor nas últimas 24 horas. Coleta de dados de abril a julho de 2014, com Formulário de caracterização sociodemográfica/clínica, Questionário McGill de Dor, Escala de Estresse Percebido e Inventário de Estratégias de Coping. Foi realizada análise estatística. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Unijui, CAAE nº 26726014.0.0000.5350.

Resultados: 46,4% referiram dor severa; 64,6% dor “enjoada”. Dentre as puérperas, 83,1% foram classificadas em médio estresse e, a Reavaliação Positiva foi o fator de coping mais utilizado. **Conclusão:** Pelo procedimento cirúrgico a saúde biopsicossocial da puérpera pode ficar comprometida pela presença da dor, entretanto a utilização de estratégias de coping focadas no problema pode favorecer o enfrentamento dos estressores de forma positiva. .

Descritores: Dor, Estresse Psicológico, Adaptação Psicológica, Mulheres, Cesárea.

RESUMEN

Objetivo: Cevaluar dolor, estrés percibido y afrontamiento en madres postoperatoria cesárea. **Métodos:** Estudio transversal, cuantitativo, con 65 madres en un hospital general. Fueron incluídas madres en post cesárea con quejas y/o signos de dolor en las últimas 24 horas. La recolección de datos, de abril a julio de 2014, con el McGill Pain Questionnaire, Formulario de caracterización sociodemográfica/clínica, Escala de estrés percibido y Inventario de Estrategias de adaptación. Se realizó análisis estadístico. Proyecto aprobado por Comité Ético de Investigación de UNIJUI, CAAE Nº 26726014.0.0000.5350. **Resultados:** 46.4% reportaron dolor severo; 64,6% dolor “enfermo”. El 83,1% fueron clasificados como medio estrés y reevaluación positiva fue factor de afrontamiento más utilizado. **Conclusión:** En la cirugía, la salud biopsicossocial de mujeres después del parto puede verse comprometida por presencia de dolor, sin embargo, el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema puede favorecer positivamente para hacer frente a los factores de estrés.

Descriptores: Dolor, El Estrés Psicológico, Adaptación Psicológica, Las Mujeres, Cesárea.

INTRODUÇÃO

A cesariana é definida como o nascimento do conceito mediante incisão na parede abdominal e uterina e constitui-se em uma das cirurgias abdominais mais realizadas em mulheres.¹ Embora ela tenha benefícios quando indicado adequadamente, pode aumentar a mortalidade e as morbidades como sangramentos, infecção, dor, entre outras⁽¹⁾. Dentre essas complicações, a dor é considerada uma experiência ou sensação, que pode estar associada à lesão real ou potencial nos tecidos, subjetiva e pessoal, que possui aspectos sensoriais, afetivos, auto-nômicos e comportamentais,² de tal forma que compromete a saúde biopsicossocial.

Muitas vezes, as puérperas não verbalizam o estresse e o desconforto vivenciados no pós-parto e, ainda a condição dolorosa é pouco valorizada pelas pacientes, familiares e profissionais que as assistem, pois a prioridade é a atenção ao recém-nascido.³ Nesse sentido, o procedimento cirúrgico e a experiência de dor podem

ser avaliados pelas mulheres submetidas à cesárea como situações estressoras, vivenciadas no puerpério.

O estresse é definido como qualquer evento que demande do ambiente externo ou interno, que taxou ou exceda a capacidade de adaptação de um indivíduo ou sistema social.⁴ Diante de uma situação estressora, os indivíduos realizam uma avaliação, definem estratégias de enfrentamento (coping) e procuram responder ao estressor, a fim de amenizá-lo ou modificá-lo. Assim, coping é um processo dinâmico e modulável, definido como uma mudança cognitiva e comportamental para manejar demandas externas e/ou internas específicas, que são avaliadas como excedentes aos recursos do indivíduo, por meio de avaliações e reavaliações da relação pessoa-ambiente.⁵

Nesse sentido, tem-se por objeto de estudo a avaliação da dor, estresse e coping em puérperas no pós-operatório de cesárea. Essa investigação é importante no sentido de subsidiar reflexões, discussões e ações de profissionais da saúde, estudantes e gestores com vistas a adequações da assistência prestada às reais necessidades das puérperas. Por se tratar de uma área prioritária para o Ministério da Saúde - maternidade segura, com recorte para a cesariana - destaca-se a originalidade do estudo quando comparado aos publicizados sobre o tema, pois envolve três constructos que podem contribuir para a reestruturação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher.

Diante da lacuna do conhecimento relacionado à temática, questiona-se: Qual a intensidade e tipo de dor referida por puérperas no pós-operatório de cesárea? Qual a intensidade do estresse percebido e quais as estratégias de coping utilizadas para enfrentar os estressores? Entende-se que os resultados obtidos podem ser utilizados na reestruturação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher com vistas a qualificar a assistência, garantir a segurança da paciente, conhecer características individuais e clínicas que tenham relação com dor, estresse e coping, reduzir complicações no pós-operatório e abreviar o período de hospitalização.

OBJETIVO

Avaliar dor, estresse percebido e coping em puérperas no Pós-Operatório (PO) de cesárea.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de abordagem quantitativa, realizado com 65 puérperas internadas na Maternidade do Hospital de Caridade de Ijuí (HCI), Rio Grande do Sul. A amostragem foi delimitada por conveniência consecutiva, de forma que todas as puérperas que internaram na unidade no período de coleta foram convidadas a participar do estudo. Foram incluídas no estudo puérperas no PO de cesárea, que aceitem participar do

estudo, com queixas e/ou sinais de dor nas últimas 24 horas. Foram excluídas, pacientes que apresentaram complicações severas no trans-operatório ou PO imediato (< 24 horas), que apresentarem dificuldades de compreensão das questões dos instrumentos de coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada de abril a julho de 2014 por meio de um protocolo de pesquisa, composto por: Formulário de caracterização sociodemográfica e clínica das pacientes, Questionário McGill de Dor (forma reduzida),⁶ Escala de Estresse Percebido (PSS 10)⁷ e Inventário de Estratégias de Coping (IEC) de Lazarus e Folkman.⁸

O Formulário de caracterização foi elaborado pelas pesquisadoras e as variáveis que integravam o mesmo foram respondidas a partir de coleta de dados em prontuários das puérperas. O Questionário McGill⁶ de Dor divide-se em Índice de Estimativa de Dor Sensorial (PRI-S), Índice de Estimativa de Dor Afetiva (PRI-A), Intensidade de Dor Presente (PPI) e Avaliação Global da Experiência de Dor. O PRI-S é composto por 11 descritores da experiência de dor sensorial e o PRI-A por quatro descritores de dor afetiva. Cada descritor possui indicadores referentes à intensidade da dor (0 = nenhuma, 1 = branda, 2 = moderada e 3 = intensa). O PPI é composto por uma Escala Analógica visual (EAV), demarcada de zero (0 = sem dor) a dez (10 = pior dor imaginável). Na avaliação global, a paciente opta por uma palavra que indica a intensidade dolorosa (nenhuma dor, branda, desconfortável, aflitiva, horrível e martirizante).

A Escala de Estresse Percebido⁷ é composta por dez questões com cinco opções de resposta (1 = nunca, 2 = quase nunca, 3 = às vezes, 4 = quase sempre e 5 = sempre). O escore total pode variar de 0 a 40, sendo dividido em tercís para classificação do nível de estresse: Escore de zero a 13 – baixo estresse, de 14 a 27 – médio estresse e, de 28 a 40 – alto estresse.

O IEC⁸ é composto por oito fatores (Confronto, Afastamento, Autocontrole, Suporte Social, Aceitação de Responsabilidade, Fuga e Esquiva, Resolução de Problemas e Reavaliação Positiva) e 66 estratégias, com as seguintes opções de resposta: 0 = não usei esta estratégia, 1 = usei um pouco, 2 = usei bastante e 3 = usei em grande quantidade. Para análise do IEC, as estratégias e os fatores de maior média foram considerados os mais utilizados.

A coleta foi realizada após explanação dos objetivos do estudo, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e assinatura do mesmo pelas puérperas, em momentos escolhidos pelas participantes. Os dados sociodemográficos e clínicos foram coletados diretamente do prontuário da paciente, enquanto que o Questionário McGill, a PSS 10 e o IEC foram aplicados pelos pesquisadores e auxiliares de pesquisa previamente instrumentalizados para isso. Em situações que a participante demonstrou fadiga para responder aos instrumentos ou precisou atender ao recém-nascido, foi planejado a continuidade da coleta em outro momento.

Este estudo integra o Projeto de Pesquisa Interinstitucional “Avaliação da dor, estresse e coping em pacientes e familiares no âmbito hospitalar”. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Unijuí (nº 554.936/2014) e as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente 69 puérperas foram convidadas a participar do estudo, sendo que destas quatro se recusaram e 65 aceitaram a participar do estudo. As características sociodemográficas das participantes estão apresentadas na **Tabela 1**.

Tabela 1 – Características sociodemográficas de puérperas no pós-operatório de cesárea. Rio Grande do Sul, Brasil - 2014.

Variável	N	%
Idade		
18 --- 25 anos	19	29,2
25 --- 32 anos	24	36,9
32 --- 39 anos	19	29,2
39 anos ou mais	3	4,6
Média±Desvio Padrão (Mínimo;Máximo)	28,97±6,40(18;41)	
Situação conjugal		
União estável	33	50,8
Casado	20	30,8
Solteiro	10	15,4
Divorciado/Separado	2	3,1
Filhos		
Um	35	53,8
Dois	17	26,2
Mais de Três	13	20
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	15	23,1
Ensino Fundamental Completo	4	6,2
Ensino Médio Incompleto	18	27,7
Ensino Médio Completo	24	36,9
Graduação	3	4,6
Pós-graduação	1	1,5

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto a religião professada, 67,7% das participantes eram católicas, 24,6% evangélicas, 1,5% espíritas, 3,1% de outra religião e 3,1% sem religião definida.

Quanto às características clínicas das puérperas, no que se refere ao número de gestações 46,2% era primigesta, 27,7% secundigesta, 13,8% tercigesta e 12,3% multigesta. Em relação ao número de parturições anteriores, 12,3% teve um parto vaginal e 6,2% mais de dois partos vaginais; 23,1% foi submetida a uma cesárea e 13,8% a duas ou mais. A maioria (81,1%) não sofreu aborto anteriormente. Quanto a idade gestacional, 75,4% era a termo, 21,5% pré-termo e 3,1% pós-termo.

Quanto ao pré-natal 98,5% delas o realizaram, sendo que 78,5% fizeram acompanhamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 20% por outros convênios. Em relação à analgesia utilizada para o tratamento da dor no PO, destaca-se o uso de Dipirona (80,0%), Cetoprofeno (78,5%), Morfina (52,3%), Tramadol (33,8%), Paracetamol (12,3%) e Diclofenaco de Sódio (7,7%). Em relação à

amamentação, 87,7% das entrevistadas já haviam iniciado a amamentação sendo que destas 27,7% apresentaram alguma dificuldade para amamentar.

Na **Tabela 2**, estão apresentados os escores da avaliação de dor das puérperas no pós-operatório de cesárea.

	Intensidade	N	%
Avaliação da intensidade da dor presente	Sem dor	5	7,7
	Dor branda	6	9,2
	Dor moderada	24	36,9
	Dor severa	30	46,2
Avaliação global da experiência da dor	Nenhuma dor	21	32,3
	Branda	8	12,3
	Desconfortável	24	36,9
	Aflitiva	6	9,2
	Horrrível	6	9,2
Avaliação global da intensidade da experiência dolorosa	Martirizante	0	0
	Sem dor	5	7,7
	Dor branda	6	9,2
	Dor moderada	24	36,9
	Dor severa	30	46,2

Fonte: Dados da pesquisa.

Na sequência, na **Tabela 3**, estão apresentados os descritores do Questionário de Dor McGill.

Tabela 3 – Descritores do Questionário de Dor McGill em puérperas no pós-operatório de cesárea. Rio Grande do Sul, Brasil - 2014.

Descritor	Nenhuma n (%)	Branda n (%)	Moderada n (%)	Severa n (%)	Frequência de cada descritor
S Palpitante	50 (76,9)	5 (7,7)	4 (6,2)	6 (9,2)	15 (23,1)
S Tiro	56 (86,2)	4 (6,2)	2 (3,1)	3 (4,6)	9 (13,8)
S Punhalada	49 (75,4)	10 (15,4)	-	6 (9,2)	16 (24,6)
S Aguda	33 (50,8)	8 (12,3)	14 (21,5)	10 (15,4)	32 (49,2)
S Cólica	27 (41,5)	10 (15,4)	18 (27,7)	10 (15,4)	38 (58,5)
S Mordida	50 (76,9)	5 (7,7)	6 (9,2)	4 (6,2)	15 (23,1)
S Calor-queimação	36 (55,4)	8 (12,3)	9 (13,8)	12 (18,5)	29 (44,6)
S Dolorida	24 (36,9)	11 (16,9)	15 (23,1)	15 (23,1)	41 (63,1)
Em peso	42 (64,6)	6 (9,2)	5 (7,7)	12 (18,5)	23 (35,4)
Sensível	24 (36,9)	22 (33,8)	6 (9,2)	13 (20,0)	41 (63,1)
Rompendo	41 (63,1)	4 (6,2)	11 (16,9)	9 (13,8)	24 (36,9)
A Cansativo	33 (50,8)	12 (18,5)	9 (13,8)	11 (16,9)	32 (49,2)
A Enjoada	23 (35,4)	17 (26,2)	10 (15,4)	15 (23,1)	42 (64,6)
A Amedrontada	49 (75,4)	5 (7,7)	3 (4,6)	8 (12,3)	16 (24,6)
A Atormentante	54 (83,1)	4 (6,2)	1 (1,5)	6 (9,2)	11 (16,9)

Fonte: Dados da pesquisa

S: Dimensão Sensitiva; A: Dimensão Afetiva.

Quanto à característica e a intensidade da dor, 23,1% das puérperas pontuaram a dor “dolorida” e “enjoada” como severa; 27,7% descreveram a dor em “cólica” como moderada e; 33,8% nomearam a dor “sensível” como branda. Quando verificadas as frequências de cada descritor, a dor “enjoada” apresentou maior frequência, seguido da dor “dolorida” e “sensível” e, da dor em “cólica”.

Em seguida, na **Tabela 4** estão apresentadas as medidas descritivas da Escala de Estresse Percebido.

Tabela 4 – Medidas descritivas da Escala de Estresse Percebido (PSS-10) das puérperas no pós-operatório de cesárea. Rio Grande do Sul, Brasil - 2014

Frequência (últimos 30 dias)	Média	Desvio Padrão	Frequência
Ficou aborrecido por causa de algo que aconteceu inesperadamente.	1,54	1,47	Quase nunca/às vezes

Sentiu que foi incapaz de controlar coisas importantes na sua vida.	1,2	1,36	Quase nunca/às vezes
Esteve nervoso ou estressado	2,63	1,41	Às vezes/pouco frequente
Esteve confiante em sua capacidade de lidar com seus problemas pessoais.	1,37	1,29	Quase nunca/às vezes
Sentiu que as coisas aconteceram da maneira que você esperava.	1,6	1,17	Quase nunca/às vezes
Achou que não conseguiria lidar com todas as coisas que tinha por fazer.	1,86	1,42	Quase nunca/às vezes
Foi capaz de controlar irritações na sua vida.	1,95	1,35	Quase nunca/às vezes
Sentiu que todos os aspectos de sua vida estavam sob controle.	1,66	1,38	Quase nunca/às vezes
Esteve bravo por causa de coisas que estiveram fora de seu controle.	2,34	1,57	Às vezes/pouco frequente
Sentiu que os problemas acumularam tanto que você não conseguiria resolvê-los.	1,42	1,52	Quase nunca/às vezes

Fonte: Dados da pesquisa.

Escore: 0=Nunca; 1= Quase Nunca; 2= Às Vezes; 3= Pouco Frequente; 4= Muito Frequente.

Quanto à avaliação do estresse percebido pela PSS 10, o Alfa de Cronbach foi 0,831 e atesta consistência interna satisfatória para essa população. Referente à intensidade do estresse, 7,7% das puérperas foram classificadas em baixo estresse, 83,1% em médio e estresse e 9,2% em alto estresse.

Na **tabela 5** estão apresentadas as medidas descritivas do IEC, o qual obteve um Alfa de Cronbach de 0,919, valor que atesta consistência interna satisfatória do instrumento.

Tabela 5 – Medidas descritivas dos fatores do Inventário de Estratégias de Coping das puérperas no pós-operatório de cesárea. Rio Grande do Sul, Brasil - 2014.

Fator	Média±DP	Item de maior média (média± DP)	Item de menor média (média±DP)
1	1,37 ±0,33	Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário (1,89±1,09).	Fiz um plano de ação e o segui (1,28±1,06).
2	1,35±0,45	Procurei encontrar o lado bom da situação (1,98 ± 1,02).	Fiz como se nada tivesse acontecido (0,89 ±1,03).
3	1,46±0,37	Pensei em uma pessoa que admiro e em como ela resolveria a situação e a tomei como modelo (1,97±1,06).	Não deixei que os outros soubessem da verdadeira situação (1,02±1,02).
4	1,73±0,50	Aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas (2,17±0,84).	Procurei ajuda profissional (0,78±1,17).
5	1,48±0,47	Prometi a mim mesmo(a) que as coisas serão diferentes na próxima vez (2,15±0,95).	Compreendi que o problema foi provocado por mim (1,12±1,09).
6	1,17±0,49	Desejei que a situação acabasse ou de alguma forma desaparecesse (2,14±1,01).	Descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s) (0,65±0,90).
7	1,62±0,25	Eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário (1,89±1,09).	Fiz um plano de ação e o segui (1,28± 1,06).
8	1,85±0,53	Redescobri o que é importante na vida (2,29±0,93).	Encontrei novas crenças (0,94±1,17).

Fonte: Dados da pesquisa.

DP: Desvio Padrão

1 - Confronto; 2 - Afastamento; 3 – Autocontrole; 4 - Suporte social; 5 - Aceitação de responsabilidade; 6 - Fuga e esquiva; 7- Resolução de problemas; 8 - Reavaliação positiva

Verifica-se que o fator Reavaliação positiva foi o que apresentou maior média, portanto o mais utilizado pelas puérperas. Dos itens que integram esse fator, a estratégia “redescobri o que é importante na vida” foi a mais utilizada. Em contrapartida, o fator Fuga e Esquiva foi o menos utili-

zado, sendo a estratégia “descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s)”, que integra esse fator, a menos utilizada.

Participaram do estudo 65 puérperas, na faixa etária dos 18 aos 46 anos (média de 28,97 anos). Resultados semelhantes a esses foram encontrados em estudo que mensurou e caracterizou a dor após cesárea e verificou sua relação com a limitação de atividades de 60 mulheres com idade média de 26,3 anos, com variação de 18 a 44 anos.⁹ Das participantes, 66,1% estavam na faixa etária de 18 a 32 anos e 46,2% eram primigestas. Em pesquisa que identificou a prevalência, intensidade e medidas terapêuticas de alívio da dor perineal, após o parto vaginal, 80,5% das mulheres apresentavam menos de 30 anos e 51,8% eram múltiparas,¹⁰ resultados também semelhantes aos encontrados no presente estudo.

Em relação à modalidade de parto 72,3% afirmaram que não escolheram o parto cirúrgico. Nesse sentido, considera-se que várias condições biológicas das gestantes contraíndicam o parto vaginal, entre elas a interatividade, sofrimento fetal agudo, falha na progressão do parto, apresentação pélvica, macrossomia fetal, iminência de rotura uterina, vasa previa, placenta acreta, infecções maternas, herpes genital, hepatites e prolapso de cordão umbilical.^{9,11} Entretanto, neste estudo não foi identificado os motivos que levaram a definição do tipo de parto, pois essa informação não estava informada nos registros. Neste prisma, um estudo que analisou os fatores associados à realização de cesárea, identificou que as taxas de cesáreas foram mais elevadas entre mulheres com mais de trinta anos.¹²

No que se refere à dor no pós-operatório de cesárea, na maioria das vezes ela é aguda, apresenta início súbito com término previsível, e está intimamente ligada a dano tecidual devido às reações inflamatórias decorrentes de um processo traumático, que produzem a dor.¹³ Em relação à avaliação da dor, quando questionada a Intensidade de Dor Presente (PPI), por meio da Escala Visual Analógica (EVA) 46,2% indicaram dor severa, 36,9% dor moderada, 9,2% dor branda e 7,7% sem dor. Em estudo que utilizou a EVA para coleta de dados, 51,7% das participantes relataram a dor como moderada, seguida de forte (20%), fraca (18,3%) e insuportável (10%).⁹ Observa-se que foram utilizados termos diferentes para classificação da intensidade da dor pelos autores, entretanto traduzem resultados que podem ser comparados aos que estão sendo discutidos.

Em pesquisa semelhante, que avaliou a dor no pós-operatório de cesárea através do questionário de dor de McGill obteve uma proporção de 93,3% das participantes com dor variando de moderada a severa.¹³ Os resultados desse estudo demonstraram que 6,7% das puérperas classificaram a dor no momento de maior intensidade em desconfortável, 28,3% em aflitiva, 37,5% como horrível e 27,5% como a pior dor possível.¹³ Neste aspecto, relacionado à avaliação global da experiência de dor, as puérperas do presente estudo consideraram a dor no momento de maior intensidade em desconfortável 36,9%, branda 12,3%, aflitiva 9,2%, horrível 9,2% e 32,3%

não classificaram a dor nesses critérios e nenhuma puérpera considerou a dor como martirizante (pior dor possível).

Considera-se que essas variações na percepção da intensidade da dor são esperadas, tendo em vista que a dor é uma experiência subjetiva e pode alterar de uma mulher para outra. Nesse aspecto, salienta-se a relevância de incluir escalas de mensuração da dor na sistematização da assistência de enfermagem, a fim de individualizar os cuidados de acordo com necessidades de cada puérpera. Diante disso, constata-se a necessidade de intervenções multidisciplinares precoces direcionadas a saúde da mulher e principalmente, ao alívio de dor durante o puerpério.¹⁴

Ainda, em mesmo estudo que utilizou o questionário de McGill, 70% das entrevistadas citaram os descritores que se relacionam ao PRI Sensitivo, sendo o de maior escore a dor em “pontada”, enquanto no PRI Afetivo, 70,8%, caracterizam a dor “enjoada”.¹³ No presente estudo foram encontrados resultados semelhantes: 64,6% pontuaram a dor “enjoada” com maior escore e 63,1% a “dolorida e sensível”, respectivamente.

O manejo da dor no pós-operatório de cesárea difere um pouco das outras cirurgias, principalmente porque a puérpera necessita de uma recuperação rápida para cuidar do recém-nascido. Assim, opta-se por fármacos e técnicas que não alterem a capacidade de deambulação e consciência. Além disso, os medicamentos usados para tratamento ou prevenção da dor podem atingir o recém-nascido por meio da amamentação.¹⁵ Diante disso, destaca-se que a dor pós-operatória merece atenção da equipe que assiste a puérpera, pois após o desafio fisiológico do nascimento, muitas mulheres irão sentir dor. O objetivo dos profissionais é utilizar métodos farmacológicos adequados e medidas de conforto não farmacológico para aliviar a dor com êxito, enquanto permite que a puérpera permaneça acordada e, em condições de cuidar do recém-nascido.¹⁶

Em relação ao estresse percebido, 83,1% das puérperas foram classificadas em médio estresse, resultado que merece atenção dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros. Sabe-se que existe uma variedade de circunstâncias que podem ser percebidas como estressoras, como situações de tristeza, desafetos, tensão, ansiedade, falta de esperança, assim como um único e excessivo fator pode ser responsável por esta reação. Nesse sentido, considera-se que o período pré-natal, o momento do parto, o nascimento, a adaptação do binômio mãe-bebê, assim como a dor no PO podem ser avaliados pelas puérperas como estressores. Estudo destaca que, especialmente as mães primíparas podem sentir-se estressadas com as mudanças e demandas que o parto impõe, pois necessitam se adaptar ao novo papel.¹⁷

No que se refere à avaliação do estresse percebido, destaca-se que os itens do PSS 10 que tiveram maior frequência foram “esteve nervosa ou estressada” (2,63 ± 53,58) e “esteve brava por causa de coisas que estiveram fora do seu controle” (2,34 ± 67,31). Em um estudo que investigou a ocorrência e controle do estresse em 30 gestantes sedentárias e fisicamente ativas, foi verificado que a maioria, 93% apresentaram

elevados níveis de estresse proveniente de fontes intrínsecas e extrínsecas à gestação.¹⁸ Uma investigação que comparou as fases do estresse de primigestas no terceiro trimestre de gestação e no pós-parto e correlacionou à ocorrência de depressão pós-parto, constatou que tanto na gestação como no puerpério, 63% das mulheres apresentaram sinais sugestivos de estresse. Entretanto, a frequência da manifestação dos sintomas de estresse na gestação foi superior à frequência apresentada no puerpério.¹⁹

Como a escala solicita a frequência dos últimos 30 dias, o estresse percebido pelas puérperas pode estar relacionado à gravidez e a expectativa do nascimento. Isto porque, o período gestacional pode ser considerado um estado específico de estresse emocional e ser percebido pelas mulheres como um estressor, por envolver intensas mudanças sob o ponto de vista físico, psicológico e social.²⁰ O corpo em constante transformação, a instabilidade emocional, o medo e ansiedade causados pelo parto, a transição do papel social de filha e mulher para mãe e fatores do cotidiano, influenciam a saúde psicológica, predispondo-a, em maior ou menor grau, ao estresse.¹⁸ Entretanto, salienta-se que as situações vivenciadas após o parto interferem na percepção dos estressores no momento de responder a escala, por isso a utilização do PSS 10.

Esses resultados são preocupantes e merecem atenção, pois níveis de estresse elevados e persistentes fazem com que o organismo aumente as catecolaminas e cortisol na corrente sanguínea, o que resulta, em longo prazo, no desgaste do organismo e diminuição da imunidade,¹⁸ com possíveis impactos no aleitamento materno. Por isso, o controle e administração das situações estressoras e da percepção individual do estresse se fazem necessários, sendo que a prática de atividades físicas consiste em um importante aliado.¹⁹

Nesse contexto, torna-se necessário que a equipe de enfermagem que atende essas puérperas saiba identificar situações estressoras que elas vivenciam, para poder assim, prestar um atendimento individualizado e humanizado, enfatizando que o cuidado é a essência de sua prática, por meio de medidas administrativas e assistenciais, para diminuição do estresse da paciente. Diante disto, a enfermagem se fortalece na promoção de condições necessárias para o cuidado entre corpo e mente, consolida novas experiências e enriquece a sua capacidade de cuidar, de tal forma que evita um contexto reducionista.

Ao analisar as estratégias de coping, verificou-se que os fatores de maior média, foram a reavaliação positiva, suporte social e resolução de problemas, o que significa que foram os mais utilizados pelas puérperas para enfrentamento dos estressores. Dentre os oito fatores, os que apresentaram menores médias, portanto menos utilizados, foram fuga e esquiva, afastamento e confronto.

A Reavaliação Positiva foi o fator mais utilizado pelas puérperas, na busca de avaliar a situação de forma positiva com foco no crescimento pessoal.⁵ Dentre as estratégias deste fator, “redescobri o que é importante na vida” foi a mais

utilizada. Acredita-se que o uso da mesma esteja relacionado à satisfação pessoal e amor incondicional pelo nascimento do bebê. Os primeiros minutos após o parto é considerado precursor do apego, uma vez que ao tê-lo em seus braços, a puérpera sente gratidão, conforto e realça a manifestação materna bem como a formação de vínculo entre mãe e filho.

O Suporte Social foi o segundo fator mais utilizado, o que significa que as puérperas recorreram às pessoas do seu meio na busca de apoio emocional. Deste fator, o item “aceitei a simpatia e a compreensão das pessoas” foi o de maior média, o que significa que diante de problemas, o apoio de familiares, amigos ou que outras pessoas prestam contribuirá de forma positiva na trajetória da puérpera neste momento. O afeto familiar e entes queridos permite estabilidade para lutar contra adversidades e superar problemas e carências emocionais, além de encorajar a mulher a enfrentar novos desafios.

Já a resolução de problemas foi o terceiro fator mais utilizado e, se caracteriza por esforços deliberados, focados sobre o problema, para alterar a situação.⁵ Dentre os itens que compõem esse fator, a estratégia “eu sabia o que deveria ser feito, portanto dobrei meus esforços para fazer o que fosse necessário” foi a mais utilizada, pois o indivíduo define o problema, enumera e compara as alternativas com os resultados desejados, bem como elabora um plano de ação. Assim, considera-se que à medida que as puérperas identificam os problemas e suas demandas, mobilizam-se para o enfrentamento da situação desgastante na tentativa de modifica-la. Estas estratégias podem ser avaliadas como positivas e diretamente relacionadas ao adequado enfrentamento do estresse e ao nascimento do bebê.

A fuga e esquiva foi a estratégia menos utilizada pelas puérperas, sendo o fator “descontei minha raiva em outra(s) pessoa(s)”, a menos utilizada. Isso se justifica pela fase que as mulheres se encontram, pois o nascimento de um bebê, a inserção da mesma no mercado de trabalho, tripla jornada, e o aumento do nível de instruções faz com que elas utilizam outras estratégias conforme citadas anteriormente. Nesse aspecto, salienta-se que a identificação das estratégias de enfrentamento dos estressores deve ocorrer o mais cedo possível, porque permite escolher o melhor curso de ação com influência positiva sobre o estado emocional das mulheres no período pós-parto.²¹

Um estudo realizado na Colômbia analisou o processo de adaptação e enfrentamento das mulheres no puerpério, verificou que este produz alterações significativas nos casais, famílias e principalmente nas mulheres.²² Dentre estas alterações são ressaltadas as mudanças fisiológicas, psicológicas, sócio familiares e culturais, diante das quais o enfrentamento correto faz-se necessário para manter seu bem-estar físico e mental.²² Já, investigação que avaliou a relação entre resiliência e o ajustamento à maternidade concluiu que mães resilientes possuem maior força e flexibilidade para se recuperarem face às adversidades, da mesma forma que as que apresentam menos resiliência apresentam atitudes mais negativas.²³

Destaca-se que é no PO que as mulheres apresentam melhor ajustamento e atitudes positivas quanto à maternidade.²³

Assim, é importante que, no planejamento do cuidado à saúde da puérpera, o profissional de saúde considere as informações e hábitos de vida, assim como os conhecimentos, as experiências, tabus, crenças, hábitos e práticas culturais que são decorrentes da convivência familiar,²⁴ pois esses interferem na percepção do estresse e na escolha de estratégias de enfrentamento.²⁵ Dessa forma, a enfermagem pode contribuir com a qualidade do cuidado quando elabora intervenções focadas nas reais necessidades da puérpera. Diante disso, se faz necessária a instrumentalização dos profissionais de saúde sobre as necessidades psicoemocionais das puérperas, bem como a implementação de ações que visem a promoção e o fortalecimento do desenvolvimento de novas estratégias de coping.

Ademais, pontua-se que a presença de dor é influenciada por fatores psicológicos, que se apresentam alterados na fase puerperal, os quais podem estar relacionados com a percepção do estresse e com o uso de estratégias de coping para o enfrentamento dos estressores, aspectos comuns no período após a cesárea. Infere-se que como a dor compromete as atividades, dificulta o início da movimentação e atrasa o contato mãe-filho, ela tem de ser prevenida e quando presente, corretamente identificada, avaliada e tratada adequadamente pela equipe de enfermagem.

CONCLUSÕES

Este estudo permitiu identificar características socio-demográficas/clínicas de puérperas no PO de cesárea, bem como possibilitou avaliar a dor, o estresse percebido e o coping. Por ser um procedimento cirúrgico e invasivo, a saúde biopsicossocial da puérpera pode ficar comprometida pela presença da dor, o que determina a necessidade de uma assistência qualificada por parte da equipe multiprofissional, especialmente da enfermagem, durante o PO, pois a forma de abordagem irá contribuir para a obtenção de resultados satisfatórios na sua recuperação.

Verificou-se que as puérperas perceberam as situações vivenciadas nos últimos 30 dias como estressoras, que foi atestado pelas médias elevadas do PSS-10. Esse resultado revela a importância da equipe de enfermagem atentar para o lado emocional, que saiba identificar situações estressoras vivenciadas, para assim, prestar um atendimento individualizado e humanizado.

As puérperas utilizaram estratégias de coping focadas no problema, o que pode favorecer o enfrentamento dos estressores de forma positiva. Nesse sentido, é importante que o enfermeiro incentive o uso e o fortalecimento de novas estratégias de coping, focados principalmente na reavaliação positiva, no suporte social e na resolução de problemas para a diminuição do estresse e seu enfrentamento mais eficaz.

O conhecimento da dor, estresse percebido e estratégias de coping de um grupo de pacientes com característi-

cas comuns, pode direcionar a assistência de enfermagem além de fornecer subsídios para a elaboração e implementação de intervenções, treinamento e qualificação da equipe de enfermagem. Portanto, é fundamental desenvolver pesquisas relacionadas a essa temática, que além de qualificarem a assistência de enfermagem contribuem para o desenvolvimento da enfermagem como ciência.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira AR. Fatores associados e indicações para a prática de cesariana: um estudo caso-controle. *Rev Port Med Geral Fam.* 2013;29(3):151-9.
2. Silva JA, Ribeiro-Filho, Pinto N. A dor como um problema psicofísico. *Rev Dor.* 2011;12(2):138-51.
3. Beleza ACS, Ferreira CHJ, Sousa L, Nakano AMS. Mensuração e caracterização da dor após episiotomia e sua relação com a limitação de atividade. *Rev Bras Enferm.* 2012;65(2):264-8.
4. Lazarus RS, Launier S. Stress related transaction between person and environment. In: Dervin LA, Lewis M. *Perspectives in international psychology.* New York: Plenum. 1978.
5. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer Publishing Company. 1984.
6. Melzak R. The short-form McGill pain questionnaire. *Pain.* 1987;30(2):191-7.
7. Reis R, Hino AAF, Añez CRR. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. *J Health Psychol.* 2010;15(1):107-14.
8. Savóia MG, Santana PR, Mejias NP. Adaptação do inventário estratégias de coping de Folkman e Lazarus para o português. *Psicol USP.* 1996;7(1/2):183-201.
9. Sousa L, Pitangui ACR, Gomes FA, Nakano MAS, Ferreira CHJ. Mensuração e características de dor após cesárea e sua relação com limitação de atividades. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(6):741-7.
10. Francisco AA, Oliveira SMJV, Santos JO, Silva FMB. Avaliação e tratamento da dor perineal no pós-parto vaginal. *Acta Paul Enferm.* 2011;24(1):94-100.
11. Souza ASR, Amorim MME, Porto AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II. *Femina.* 2010;38(9): 459-68.
12. Sakae TM, Freitas PF, d'Orsi E. Fatores associados a taxas de cesárea em hospital universitário. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(3):472-80.
13. Varella RSO. Avaliação da dor no pós-operatório de cesareana através da utilização do questionário de MCGILL [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); 2011.
14. Mathias AERA, Pitangui ACR, Vasconcelos AMA, Silva SS, Rodrigues PS, Dias TG. 14. Cançado. Perineal pain measurement in the immediate vaginal postpartum period. *Rev Dor.* 2015;16(4):267-71.
15. 14. 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.
16. Eshkevari L, Trout KK, Damore J. Management of Postpartum Pain. *J Midwifery Women's Health.* 2013;58(6):622-31.
17. Osman H, Saliba M, Chaaya M, Naasan G. Interventions to reduce postpartum stress in first-time mothers: a randomized-controlled trial. *BMC Women's Health.* 2014;14(125):1-8.
18. Segato L, Andrade A, Vasconcelos DIC, Matias TS, Rolim MKSB. Ocorrência e controle do estresse em gestantes sedentárias e fisicamente ativas. *Rev Educ Fis (UEM).* 2009;20(1):121-9.
19. Rodrigues OMP, Schiavo RA. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011;33(9):252-7.
20. Correia DS, Santos LVA, Calheiros AMN, Vieira MJ. Adolescentes grávidas: sinais, sintomas, intercorrências e presença de estresse. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(1):40-7.
21. Makara-Studzińska M, Zwierz K, Madej A, Wdowiak A. Coping with stress by women in early postpartum. *J Public Health, Nursing Med Rescue.* 2015;4:38-43.
22. Romero AMO, Rodriguez LM, Cardenas CHR. Coping and adaptation process during puerperium Proceso de afrontamiento y adaptación durante el puerperio. *Colomb Méd.* 2012;43(2):167-74.

23. Felgueiras MCMA, Graça LCC. Resiliência e ajustamento à maternidade no pós-parto. *Rev Enferm Referência*. 2013;3(11):77-84.
24. Vieira F, Bachion MM, Salge AKM, Munari DB. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(1):83-9.
25. Guardino CM, Schetter CD. Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations. *Health Psychol Rev*. 2014;8(1):70-94.

Recebido em: 21/04/2017
Revisões requeridas: Não houveram
Aprovado em: 16/05/2017
Publicado em: 15/01/2019

***Autor Correspondente:**
Eliane Raquel Rieth Benetti
Rua do Comércio, 2425, Apto 004
Pindorama, RS, Brasil
E-mail: elianeraquelr@yahoo.com.br
Telefone: +55 38 3221-0097
CEP: 98.700-000