



ORIGINALES

Dor pós-operatória em mulheres submetidas à cesariana

Dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea

Postoperative pain in women undergoing caesarean section

Natalia Carvalho Borges ¹

Brunna Costa e Silva ²

Charlise Fortunato Pedroso ³

Tuany Cavalcante Silva ⁴

Brunna Silva Ferreira Tatagiba ⁴

Lílian Varanda Pereira ⁶

¹ Enfermeira. Doutoranda em enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Brasil.

² Graduanda em enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Brasil.

³ Enfermeira. Mestre em enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Brasil.

⁴ Enfermeira. Mestranda em enfermagem. Universidade Federal de Goiás. Brasil.

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Associado da Universidade Federal de Goiás. Brasil.

E-mail: nataliacb.enf@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267721>

Submissão: 13/09/2016

Aprovação: 06/11/2016

RESUMO:

Objetivo: Estimar a incidência, intensidade e qualidade da dor pós-operatória em mulheres submetidas à cesariana.

Método: Estudo tipo corte transversal. Foram entrevistadas 1062 mulheres submetidas à cesariana nos períodos pré e pós-operatório imediatos. A intensidade e qualidade da dor foram avaliadas por meio da Escala Numérica de Dor (0-10) e Questionário de Dor de McGill. As variáveis foram exploradas por meio de medidas descritivas e a incidência de dor pós-operatória calculada com Intervalo de Confiança de 95%.

Resultados: A incidência de dor foi de 92,7% (IC 95%: 90,9 - 94,2). A média dos escores de intensidade, no momento de pior dor, igual a 6,6 (dp=2,2). Os descritores escolhidos com maior frequência foram "dolorida" (91,6%), "dolorida à palpação" (70,0%) e "latejante" (56,1%).

Conclusões: A dor pós-operatória de elevada intensidade é uma realidade neste grupo, apontando a importância da avaliação da dor para implementação de ações curativas e preventivas que reduzam prejuízos na recuperação das mulheres.

Palavras-chave: Dor; Dor pós-operatória; Cesariana

RESUMEN:

Objetivo: Estimar la incidencia, intensidad y calidad del dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea.

Método: Estudio de corte transversal. Fueron entrevistadas 1062 mujeres sometidas a cesárea en el periodo pre y post cirugía inmediatos. La intensidad del dolor y la calidad fueron evaluadas por la

Escala Numérica del Dolor (0-10) y el Test de Dolor de McGill. Las variables se analizaron utilizando medidas descriptivas y la incidencia de dolor postoperatorio calculado con un Intervalo de Confianza del 95%.

Resultados: La incidencia de dolor fue del 92,7% (IC 95%: 90,9 - 94,2) y las puntuaciones de intensidad media en el momento de peor dolor, igual a 6,6 (dp=2,2). Los descriptores más frecuentes escogidos fueron "dolorida" (91,6%), "dolorida a la palpación" (70,0%) y "palpitante" (56,1%).

Conclusiones: El dolor postoperatorio de alta intensidad es una realidad en este grupo, señalando la importancia de la evaluación del dolor para la ejecución de las acciones curativas y preventivas para reducir las pérdidas en la recuperación de las mujeres

Palabras clave: Dolor; Dolor Posoperatorio; Cesariana

ABSTRACT:

Objective: to estimate the incidence, intensity and quality for pain post-cesarean section.

Methods: Cross-sectional study. A total of 1062 post-cesarean section women were interviewed in immediates pre- and post-operative. Pain intensity and quality were evaluated through the Numerical Rating Scale (0-10) and McGill Pain Questionnaire-SF. The variables were explored by descriptive measures and the incidence of postoperative pain calculated with a 95% confidence interval.

Results: the incidence of pain was 92,7% (IC 95%: 90,9 - 94,2). The average level of pain intensity at the time of worst pain was 6,6 (dp=2,2). The descriptors more frequently chosen were "aching" (91.6%) "tender" (70.0%) and "throbbing" (56.1%).

Conclusions: high-intensity postoperative pain is a reality for post-cesarean section women, showing the importance of pain assessment for implementation of curative and preventive actions to reduce losses in the recovery of women.

Key words: Pain; Postoperative pain; Cesarean section

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⁽¹⁾. Quando há lesão direta de nervos, ou mesmo estiramento ou compressão, a dor neuropática também pode estar presente⁽²⁾.

Ainda que a ocorrência de dor pós-operatória seja um evento fisiológico, o alívio inadequado dessa experiência pode significar maiores riscos à saúde das pessoas. Entre os efeitos prejudiciais estão incluídas as alterações neuroendócrinas que envolvem respostas da hipófise e glândulas adrenais, podendo trazer repercussões negativas em diferentes sistemas do organismo, como o cardiovascular, respiratório e gastrointestinal, além de efeitos, sobre o sistema nervoso central⁽³⁾. A dor pós-operatória de elevada intensidade também é fator preditor para a cronificação dessa experiência⁽⁴⁻⁶⁾.

Neste cenário, atenção adicional deve ser direcionada às cirurgias muito frequentes, como a cesariana, que está no ranking das mais comuns entre mulheres em idade fértil⁽⁷⁾. Ademais, esse procedimento é realizado em um momento em que ocorrem expressivas mudanças hormonais e emocionais relacionadas à gravidez e chegada do bebê⁽⁸⁾ que podem exercer influência negativa sobre a dor no pós-operatório, dada a multidimensionalidade dessa experiência⁽⁹⁾.

Prejuízos adicionais às mulheres submetidas à cesariana incluem o comprometimento da capacidade de cuidar de seus bebês, amamentar de forma eficaz e interagir com o recém nascido no puerpério⁽¹⁰⁾. Além disso, pesquisadores apontam que a cesariana representa a principal causa de dor crônica entre as mulheres⁽¹¹⁾.

Estimativas mostram incidência de dor no período pós-operatório imediato de cesariana de 77,4%⁽⁵⁾ e 100%⁽¹²⁾, de intensidade elevada¹³. A percepção da qualidade dessa dor pelas mulheres tem sido pobremente investigada, porém, há evidências de que as palavras mais frequentemente utilizadas para descrevê-la pertençam à dimensão sensitiva-discriminativa da experiência dolorosa⁽¹²⁾.

Diante do crescente aumento das taxas de cesariana identificado mundialmente e da necessidade de ampliar conhecimentos sobre a ocorrência e características dessa experiência no período pós-operatório imediato, este estudo foi desenvolvido com o objetivo de estimar a incidência, intensidade e qualidade da dor pós-operatória em mulheres submetidas à cesariana.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de análise transversal de dados de estudo longitudinal prospectivo, conduzido em uma instituição de saúde hospitalar de natureza privada, conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital é de médio porte, (45 leitos) e realiza, em média, 120 cesarianas eletivas por mês, sendo cerca de 70% desses partos financiados pelo SUS. A instituição está localizada no centro oeste brasileiro, em uma metrópole com aproximadamente 1.412.000 habitantes⁽¹⁴⁾.

A amostra de conveniência foi constituída por 1062 mulheres, com idade igual ou superior a 14 anos, submetidas à cesariana, conscientes e orientadas no momento da coleta de dados. Foram excluídas aquelas submetidas à cirurgia de emergência, com diagnóstico de doença maligna, instabilidade hemodinâmica persistente, que faziam uso crônico de opioides, estavam em trabalho de parto e com dor de elevada intensidade que as impossibilitasse de responder às perguntas dos observadores, apresentaram impossibilidade de ver, ouvir ou falar, e sofreram intercorrências pós-operatórias, como hemorragia, parada cardiorrespiratória e morte do recém-nascido.

As variáveis investigadas foram a ocorrência, intensidade e qualidade da dor pós-operatória. “Dor pós-operatória” foi considerada como proposto pela Sociedade Americana de Anestesiologia⁽¹⁵⁾, ou seja, aquela que se apresenta no paciente cirúrgico após o procedimento, decorrente de lesão de tecidos e manipulação de órgãos e estruturas.

A intensidade da dor foi mensurada por meio de Escala Numérica de Dor (END) de 11 pontos, um instrumento unidimensional, ordinal, que permite a medida da intensidade da dor por meio de números que representam a quantidade de dor sentida (0 (zero) = *nenhuma dor*; 1, 2, 3 e 4 = *dor leve*; 5 e 6 = *dor moderada*; 7, 8 e 9 = *dor forte* e 10 (dez) = *pior dor possível*). Uma vez que as pessoas utilizam números desde a infância, a END possui a vantagem de ser familiar aos participantes. Essa escala tem sido amplamente utilizada em hospitais e/ou clínicas para a obtenção de informação rápida, não invasiva e válida sobre a dor aguda ou crônica⁽¹⁶⁾.

A qualidade da dor pós-operatória foi avaliada por meio da versão curta do Questionário de Dor de McGill (MPQ-SF)⁽¹⁷⁾, traduzido e adaptado para o Brasil⁽¹⁸⁾, sendo constituído por 15 descritores de dor, dentre os quais onze (11) descrevem a dimensão sensitiva-discriminativa dessa experiência e quatro, a afetiva-motivacional. Os descritores são quantificados por meio de uma escala de quatro pontos, onde 0 = nenhuma, 1 = leve, 2 = moderada e 3 = severa.

As variáveis sociodemográficas como idade, estado civil, escolaridade, trabalho remunerado, situação socioeconômica (avaliada por meio do Critério de Classificação Econômica do Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa⁽¹⁹⁾) e as variáveis cirúrgicas e clínicas, como tipo de anestesia, anestésico utilizado e analgesia intraoperatória foram apresentadas apenas para caracterização da amostra.

A coleta de dados foi feita por nove observadores treinados, nos períodos pré e pós-operatório imediatos, após apresentação pessoal, momento em que foram fornecidas informações sobre os objetivos da pesquisa. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou o Termo de Assentimento Esclarecido. As pacientes foram abordadas na enfermaria ou apartamentos em que estavam internadas.

A análise dos dados 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, mediana, intervalos interquartis (Q1, Q3), mínima e máxima. A estimativa da incidência de dor pós-operatória 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), e os descritores de dor em frequência (%) de escolha.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Goiás, protocolo número 421.825.

RESULTADOS

Das 1062 participantes, prevalecem as mulheres com idade entre 20 e 35 anos, com média de idade de 25,2 anos (dp=5,7), casadas e que concluíram o ensino médio. A maioria recebe salário por trabalho remunerado, pertence à classe socioeconômica C e recebe atendimento pelo SUS (Tabela I).

Tabela I – Características socioeconômicas e demográficas de mulheres submetidas à cesariana em Goiânia, GO, Brasil, 2015

Variáveis	Mulheres submetidas à cesariana	
	n	%
Faixa etária (n=1062)		
14-19 anos	180	16,9
20-35 anos	829	78,1
36-44 anos	53	5,0
Estado Civil (n=1062)		
Com companheiro	915	86,2
Sem companheiro	147	13,8
Anos de estudo (n=1059)		
≥11 anos	682	64,4
<11 anos	377	35,6
Trabalho Remunerado (n=1062)		
Sim	580	54,6
Não	482	45,4
Classe Socioeconômica (n=1060)		
Classe A	5	0,5
Classe B	343	32,4
Classe C	628	59,2
Classe D e E	84	7,9

Tipo de Internação Hospitalar

(n=1062)

SUS	760	71,6
Particular/Convênio	302	28,4

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 (50,3%) recebeu, no intraoperatório, outro analgésico além do opioide, sendo a administração de analgésico simples a prática mais frequente entre as associações (41,1%). Pequena parte das mulheres realizou esterilização tubária em conjunto com a cesariana (8,9%) (Tabela II), e a mediana dos minutos de duração da cirurgia foi igual a 30,0 (Q1=30,0; Q3=40,0; MÍN=14; MAX=90).

Tabela II – Características da analgesia intraoperatória e realização de esterilização tubária em mulheres submetidas à cesariana em Goiânia, GO, Brasil, 2015

Variáveis	Mulheres submetidas ao parto cesáreo	
	n	%
Analgesia intraoperatória (n=1049)		
Opioide	521	49,7
Opioide e analgésico simples	431	41,1
Opioide e AINE	34	3,2
Opioide, analgésico simples e AINE	18	1,7
Opioide, analgésico simples e esteroidal	25	2,4
Opioide e esteroidal	13	1,2
Opioide, AINE e esteroidal	5	0,5
Opioide, analgésico simples, AINE e esteroidal	2	0,2
Esterilização Tubária (n=1061)		
Sim	94	8,9
Não	967	91,1

A incidência de dor no pós-operatório imediato foi de 92,7% (IC 95%: 90,9 - 94,2). A média dos escores de intensidade da dor referida no pior momento (dor “mais forte”) foi de 6,6 (dp=2,2) e da dor “mais fraca”, 3,3 (dp=2,0), sendo desencadeada pela movimentação. Destaca-se que apenas 22,5% referiram dor leve ou ausência de dor (Tabela III).

Tabela III – Características da dor pós-operatória entre as mulheres submetidas à cesariana em Goiânia, GO, Brasil, 2015

Variáveis	Mulheres submetidas ao parto cesáreo	
	n	%
Dor no Local da Cirurgia (n=1062)		
Sim	984	92,7
Não	78	7,3
Intensidade da Dor (n=984)		
Leve (1-4)	150	15,2
Moderada (5-6)	321	32,6
Forte (7-9)	369	37,5
Pior Dor Possível (10)	144	14,6
Momento que Sente Dor (n=984)		
Movimento	729	74,1
Repouso	15	1,5
Sempre	240	24,4

As palavras mais frequentemente escolhidas pelas mulheres para caracterizar a dor foram: “dolorida” (91,6%), “dolorida à palpação” (70,0%) e “latejante” (56,1%), e aquelas que prevaleceram, após quantificação da intensidade da sensação expressa pelo descritor como severa, foram: “dolorida” (32,6%), “dolorida à palpação” (17,0%) e cansativa-exaustiva (10,9%). Os descritores que indicaram quantidade moderada da sensação expressa foram “dolorida” (38,4%), “dolorida à palpação” (25,9%) e “fisgada” (22,3%).

DISCUSSÕES

O presente estudo evidenciou que a dor pós-operatória ainda é muito frequente após a cesariana. Adicionado a isso, que a minoria delas referiu dor leve, fato clinicamente inaceitável, frente ao avanço ocorrido nos conhecimentos sobre a experiência dolorosa e seu alívio. Semelhantemente, em outros cenários cirúrgicos, estimativas apontaram incidência de dor pós-operatória de 100% nessa população^(8,20-21).

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 a despolarização da membrana neuronal e carreamento da informação dolorosa às estruturas suprasegmentares que processam cognitivamente e conscientemente a dor⁽²²⁾. Acontece também o processo inflamatório, com liberação de substâncias que promovem uma resposta exagerada aos estímulos dolorosos na região da lesão cirúrgica (hiperalgesia primária) e perilesional (hiperalgesia secundária)⁽²³⁾.

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 pode ser assegurado mediante o uso de técnicas anestésico-cirúrgicas mais avançadas, disponibilidade de novos fármacos e aplicação de conhecimentos básicos sobre a dor pós-operatória⁽²⁴⁾.

Ademais, o alívio da dor é um direito humano e cabe aos profissionais da saúde compromisso 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⁽²⁵⁾.

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 END 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⁽²⁰⁾, semelhantemente ao da presente pesquisa, na qual, apesar das mulheres terem recebido analgesia multimodal intra-operatória, a intensidade da dor pós-operatória atingiu níveis clinicamente importantes, similarmente a outros estudos^(8,21).

Elevada intensidade de dor pós-operatória após à cesariana também foi encontrada em uma amostra de 60 mulheres investigadas por Sousa *et al.*⁽¹²⁾, onde a incidência de dor pós-operatória foi de 100%, com intensidade média de 6,9 (dp=2,1), avaliada por meio da END. Também foi verificada a ocorrência de limitações na capacidade para realizar as atividades de sentar e levantar, o que aponta possível restrição nas atividades relacionadas aos primeiros cuidados com o recém-nascido, incluindo a amamentação.

No presente estudo, embora não fosse objetivo investigar prejuízos nas atividades cotidianas das mulheres devido à dor pós-operatória, evidências apontaram maior frequência de dor ao movimento, corroborando os achados de Sousa *et al.*⁽¹²⁾. Além disso, a intensidade dessa dor foi maior que quatro (4) na END (0-10), nível considerado inaceitável⁽²⁶⁾, alertando para os prejuízos potenciais na realização de atividades cotidianas.

Prejuízo adicional está no fato do inadequado alívio da dor de elevada intensidade no período pós-operatório imediato constituir-se em um dos preditores mais fortes de cronificação da dor pós-operatória entre mulheres submetidas à cesariana⁽⁵⁻⁶⁾.

Quando questionadas sobre as palavras que caracterizavam a dor pós-operatória, os descritores escolhidos com maior frequência foram: “dolorida”, “dolorida à palpação” e “latejante”, pertencentes ao agrupamento sensitivo da dor do Questionário de Dor de McGill-SF. Sousa *et al.*⁽¹²⁾ 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%).

Estudos que investigaram a qualidade da dor em pacientes submetidos a outros tipos de cirurgias, utilizando a forma longa⁽²⁷⁾ e a reduzida⁽²⁸⁾ do Questionário de Dor de McGill, verificaram que a dor pós-operatória é descrita, predominantemente, por descritores sensitivos.

A palavra “dolorida”, semelhantemente aos nossos achados, foi encontrada entre as mais utilizadas para descrever a dor pós-operatória antes do emprego de técnicas analgésicas e trinta minutos após essa aplicação, em amostra de 40 pacientes submetidos a diferentes intervenções cirúrgicas⁽¹⁷⁾.

McDonald e Weiskopf⁽²⁸⁾ apontam que a maior frequência de palavras da dimensão sensitiva ao descrever a dor pós-operatória pode ser justificada, em parte, pela desproporcionalidade na quantidade de palavras em cada agrupamento do questionário.

Contudo, também pudemos notar a presença de descritores da dimensão afetiva durante a caracterização da dor, sinalizando a presença de aspectos relacionados à tensão, medo e respostas neurovegetativas envolvidos na experiência dolorosa⁽²⁹⁾.

Estes achados apontam a importância da avaliação multidimensional da experiência dolorosa. A abordagem biopsicossocial da dor é necessária uma vez que o procedimento cirúrgico é frequentemente percebido como um momento muito difícil para o paciente e seus familiares. Nesse cenário, o enfermeiro tem papel fundamental no monitoramento perioperatório da dor, com vistas ao diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de processos e resultados, com o objetivo de alcançar a pronta recuperação dos pacientes e a redução do sofrimento. Para isso, é necessário conhecer a subjetividade do outro e compreendê-lo em sua multidimensionalidade.

Ainda não se sabe, claramente, o motivo pelo qual alta frequência de pacientes ainda referem dor de elevada intensidade no período pós-operatório, mas acredita-se que a causa seja multifatorial, incluindo escassez de avaliação e documentação 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⁽³⁰⁾.

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 trazer prejuízos ao binômio mãe-filho no período pós-operatório imediato.

A dimensão da dor expressa pelos descritores utilizados com maior frequência na descrição da dor após a cesárea é a sensitiva-discriminativa, no entanto, outros descritores, da dimensão afetivo-motivacional também foram escolhidos, apontando a multidimensionalidade da experiência dolorosa, o que alerta para a importância da abordagem biopsicossocial na escolha da terapêutica analgésica e cuidados preventivos no perioperatório.

Essas evidências nos fazem refletir sobre a insuficiência das ações no alívio da dor pós-operatória, fato que aponta a necessidade urgente de remodelagem na forma como os profissionais da equipe de saúde vêm realizando o manejo da dor no cenário cirúrgico, contribuindo na escolha, manutenção ou substituição da terapêutica analgésica e implementação de cuidados com vistas à prevenção da ocorrência desse tipo de dor e, conseqüentemente, dos prejuízos associados ao subtratamento dessa experiência.

REFERENCIAS

1. Ward CW. Procedure-specific postoperative pain management. *Medsurg Nurs.* 2014;23(2):107-10.

2. Loos MJ, Scheltinga MR, Mulders LG, Roumen RM. The Pfannenstiel incision as a source of chronic pain. *Obstet Gynecol.* 2008;111(4):839-46.
3. IASP. Associação Internacional Para Estudo da Dor. Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos [internet]. Seattle: IASP Press; 2010 [citado 2016 set 05]. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/GuidetoPainManagement_Portuguese.pdf>
4. 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;29(1):2-8.
5. 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;37(5):748-52.
6. Cançado TOB, Omaris 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):762-774.
7. 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.
8. 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;104(3):417-25.
9. IASP. International Association for the Study of Pain [internet]. IASP Taxonomy. 2012 [cited 2016 jun 22]. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576#Sensitization>>
10. Gadsden J, Hart S, Santos AC. Post-cesarean delivery analgesia. *Anesth Analg.* 2005;101(5):62-9.
11. Eisenach JC, Pan P, Smiley RM, Lavand'homme P, Landau R, Houle TT. Resolution of pain after childbirth. *Anesthesiology.* 2013;118(1):143-51.
12. Sousa L, Pitanguí 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.
13. Nikolajsen L, Sorensen HC, Jensen TS, Kehlet H. Chronic pain following caesarean section. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2004;48(1):111-6.
14. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [internet]. Censo Demográfico 2010: População estimada 2014. 2010 [citado 2015 mar 22]. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=520870>>.
15. Sociedade Americana de Anestesiologia. 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;116(2): 248-73.
16. 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;17(8):1022-4.
17. Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain.* 1987;30(2):191-7.
18. Costa LCM, Mahera CG, McAuley JH, Hancock MJ, Oliveira WM, 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.* 2011; 64(8):903-12.

19. ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil [internet]. 2013 [citado 2013 jan 21]. Disponível em <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=835>>.
20. 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;27(2):185-91.
21. 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;36(5):430-40.
22. Alves Neto O, Costa CMC, Siqueira JTT, Teixeira MJ. Dor: princípio e prática. Porto Alegre: Artmed; 2009.
23. Woolf CJ. Recent advances in the pathophysiology of acute pain. *Br J Anaesth*. 1989;63(2):139-46.
24. Lovich-Sapola J, Smith CE, Brandt CP. Postoperative pain control. *Surg Clin North Am*. 2015;95(2):301-18.
25. 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 [Internet]*. 2014 [citado 2015 abril 23]; 10(3):99-107. Disponível em: <http://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/download/926/1042>.
26. 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;119:16-25.
27. Fortin JD, Schwartz-Barcott D, Rossi S. The postoperative pain experience: a description based on the McGill Pain Questionnaire. *Clin Nurs Res*. 1992;1(3):292-304.
28. McDonald DD, Weiskopf CS. Adult patients' postoperative pain descriptions and responses to the Short-Form McGill Pain Questionnaire. *Clin Nurs Res*. 2001;10(4):442-52.
29. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor de McGill: Proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev Esc Enf USP*. 1996;30(3):473-83.
30. Wu CL, Raja SN. Treatment of acute postoperative pain. *Lancet*. 2011;377(9784):2215-25.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia