



# REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Official Publication of the Brazilian Society of Anesthesiology  
www.sba.com.br



## ARTIGO CIENTÍFICO

# Associação da Catastrofização da Dor com a Incidência e a Intensidade da Dor Perineal Aguda e Persistente após Parto Normal: Estudo Longitudinal Tipo Coorte

Anne Danielle Santos Soares <sup>1</sup>, Tânia Cursino de Menezes Couceiro\* <sup>2</sup>, Luciana Cavalcanti Lima <sup>3</sup>,  
Fernanda Lobo Lago Flores <sup>4</sup>, Eusa Maria Belarmino Alcoforado <sup>5</sup>, Roberto de Oliveira Couceiro Filho <sup>6</sup>

1. Anestesiologista, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil
2. TSA; Mestrado em Neurociências, Universidade Federal de Pernambuco, Recife; Coordenadora, IMIP, Recife, PE, Brasil
3. PhD em Anestesiologia, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São Paulo; Professora & Coordenadora da Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, PE, Brasil
4. Médico Residente, IMIP, Recife, PE, Brasil
5. TSA; Médica do Ministério da Saúde, Brasil
6. TSA; Anestesiologista

Recebido do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife, PE, Brasil.

Recebido em 11 de abril de 2012. Aprovado para publicação em 5 de dezembro de 2012.

### Unitermos:

CIRURGIA, Obstétrica;  
Parto Normal;  
Catastrofização;  
Períneo; DOR, Aguda;  
TÉCNICAS DE MEDIÇÃO,  
Dor.

### Resumo

**Justificativa e objetivos:** O parto vaginal pode resultar em dor perineal aguda e persistente pós-parto. Este estudo avaliou a associação da catastrofização, fenômeno de má adaptação psicológica à dor que leva o indivíduo a magnificar a experiência dolorosa, tornando-a mais intensa, com a incidência e a intensidade da dor perineal e sua relação com o trauma perineal.

**Método:** Estudo coorte. Realizado com gestantes em trabalho de parto. Foi aplicada a escala de pensamentos catastróficos sobre a dor durante o internamento e foram avaliados o grau da lesão perineal e a intensidade da dor perineal nas primeiras 24 horas e após oito semanas do parto por meio da escala numérica de dor.

**Resultados:** Avaliadas 55 mulheres. Sentiram dor aguda 69,1% das pacientes. Dessas, 36,3% queixaram-se de dor de moderada/forte intensidade e 14,5% de dor persistente. O escore médio de catastrofização foi de  $2,15 \pm 1,24$ . As pacientes catastrofizadoras apresentaram um risco 2,90 vezes maior (95% IC: 1,08-7,75) de apresentar dor perineal aguda e 1,31 vezes maior (95% IC: 1,05-1,64) de desenvolver dor perineal persistente. Também apresentaram um risco 2,2 vezes maior de desenvolver dor perineal aguda de maior intensidade (95% IC: 1,11-4,33).

**Conclusões:** A incidência de dor perineal aguda e persistente após parto vaginal é alta. Gestantes catastrofizadoras apresentam maior risco de desenvolver dor perineal aguda e persistente, como também dor de maior intensidade. O trauma perineal aumentou o risco de ocorrência de dor perineal persistente.

© 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

\*Correspondência para: Tânia Cursino de Menezes Couceiro, Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Departamento de Anestesiologia. Rua dos Coelhoos 300, Recife, PE, Brasil. CEP: 50070-550.

E-mail: taniacouceiro@yahoo.com.br

ISSN/\$ - see front metter © 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

doi: 10.1016/j.bjan.2012.12.001

## Introdução

O parto é um processo natural que pode resultar em morbidade materna por longo período<sup>1</sup>. Segundo a literatura, nos três primeiros meses após o parto 87% a 94% das mulheres queixam-se de algum problema de saúde<sup>2</sup>. Um problema de importante prevalência é a dor perineal aguda, que atinge 57-92% das puérperas<sup>3-6</sup>. Sua incidência parece relacionar-se com diversos fatores, entre os quais a paridade, a duração do período expulsivo ativo, o grau do trauma perineal, o tipo de fio usado para sutura e a realização de episiotomia<sup>6,7,8</sup>. A intensidade da dor aguda está relacionada a um risco 2,5 vezes maior de desenvolver dor crônica e três vezes maior para depressão pós-parto, independentemente do tipo de parto, vaginal ou cesáreo<sup>1,9</sup>. Recentes estudos têm verificado a relação entre a catastrofização da dor durante o trabalho de parto com a intensidade da dor perineal aguda, com a incidência de depressão pós-parto e com a capacidade de reabilitação funcional após o nascimento<sup>4,10</sup>. Originalmente a catastrofização foi estudada em pacientes portadores de dor crônica e sua influência no contexto do parto permanece aberta a novas pesquisas<sup>4</sup>. Neste estudo, foi analisada a associação da catastrofização da dor durante o trabalho de parto e do trauma perineal com a ocorrência e a intensidade da dor perineal aguda e persistente.

## Método

Após aprovação pelo comitê de ética em pesquisa da instituição, foi realizado um estudo longitudinal tipo coorte, no Centro Obstétrico do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife (PE), entre junho de 2010 e outubro de 2011. A coleta dos dados ocorreu em dois momentos: durante o internamento para o parto e oito semanas após, por contato telefônico. Participaram deste estudo gestantes de baixo risco, maiores de 16 anos, internadas em trabalho de parto e cujos fetos nasceram via parto vaginal espontâneo, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pela paciente ou por seu responsável. Foram excluídas da pesquisa as mulheres com doença perineal prévia e foram retiradas após inclusão as que não compreenderam a explicação das escalas aplicadas e as que não responderam ao contato telefônico para avaliação da dor persistente. O total de mulheres que aceitaram participar do estudo foi 127. Dessas, 97 preencheram os

critérios de inclusão e participaram da primeira fase de coleta dos dados. Entretanto, apenas 55 responderam ao segundo contato, via telefone.

Para a mensuração da catastrofização usamos a Escala de Catastrofização da Escala de Autoafirmações Relacionadas à Dor (PRSS)<sup>11</sup> por causa de sua simplicidade, visto que é composta por apenas nove itens relacionados em uma escala Likert que varia de zero (quase nunca) a cinco (quase sempre) pontos (Quadro 1). O questionário é autoaplicável e o escore total é a soma dos itens dividida pelo número de itens respondidos, com escore variando de zero a cinco. Quanto maior o escore, mais indicativo de pensamentos catastróficos. Essa escala, validada em Português<sup>12</sup>, foi aplicada às participantes do estudo durante seu internamento. Usamos como referência de experiência dolorosa a dor do trabalho de parto (Quadro 1).

A intensidade da dor foi avaliada em dois momentos por meio da aplicação da Escala Numérica de Dor. Foi solicitado que a participante quantificasse um valor de zero a 10 para a sua dor em que zero correspondia à ausência de dor e 10 à intensidade máxima<sup>15,16</sup>. O primeiro momento ocorreu em até 24 horas após o parto e a dor foi classificada como aguda; o segundo ocorreu após oito semanas do parto, via telefone, e a dor, quando presente, foi classificada como persistente. Para fins de análise estatística, a dor foi categorizada como leve ( $\leq 3$ ), moderada (4-7) e forte ( $> 7$ ). O protocolo de analgesia do serviço para o pós-parto normal foi mantido para as participantes deste estudo e consistiu em analgésicos (dipirona ou paracetamol) ou anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) via oral, se necessários.

A avaliação do grau do trauma perineal foi realizada pelo obstetra ou enfermeiro obstetra que conduziu o parto, com base em um anexo específico previamente apresentado à parturiente. A classificação adotada considerou os seguintes graus de trauma: períneo íntegro, que corresponde a ausência de lesão; lesão de primeiro grau ou lesão de continuidade da pele em volta da abertura vaginal; lesão de segundo grau, que compromete a mucosa vaginal e os músculos perineais; lesão de terceiro grau, que compromete, além da mucosa vaginal e dos músculos perineais, o esfíncter anal; lesão de quarto grau, que compreende os tecidos comprometidos na lesão de terceiro grau mais lesão da parede do reto.

Para análise dos dados foi usado o programa Epi Info versão 3.5.3. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos quando  $p < 0,05$ .

**Quadro 1** - Escala de Catastrofização da Escala de Autoafirmações Relacionadas à Dor.

	Quase nunca			Quase sempre		
	0	1	2	3	4	5
1. Não posso mais suportar						
2. Não importa o que fizer minhas dores não mudarão						
3. Preciso tomar remédios para dor						
4. Isso nunca vai acabar						
5. Sou um caso sem esperança						
6. Quando ficarei pior novamente?						
7. Essa dor está me matando						
8. Eu não consigo mais continuar						
9. Essa dor está me deixando maluca						

## Resultados

A amostra foi composta por 55 mulheres, com média de idade de  $25 \pm 5,6$  anos. A média de tempo de escolaridade da amostra foi de  $10 \pm 2$  anos. As pacientes com escolaridade acima de 11 anos estavam cursando o ensino superior e constituíram 18% da amostra. A média de gestações foi igual a duas por participante.

Quanto à ocorrência de dor, 69,1% das participantes referiram dor nas primeiras 24 horas após o parto e 14,5% queixaram-se de dor persistente após oito semanas do parto. Entre as pacientes que referiram dor, 52,6% classificaram-na como sendo de moderada a forte intensidade nas primeiras 24 horas (Tabela 1).

Em relação à ocorrência de lesão perineal, 80% das pacientes apresentaram algum grau de lesão. Apenas duas pacientes foram submetidas à episiotomia (Tabela 2).

Em relação à escala de pensamentos catastróficos sobre a dor, o escore médio da amostra foi  $2,15 \pm 1,24$  e a mediana 2,11, que foi usada como ponto de corte para inclusão das pacientes no grupo de catastrofizadoras ou não. Observamos que as catastrofizadoras têm um risco relativo (RR) igual a 2,90 (95% IC: 1,08-7,75) de apresentar dor perineal aguda e um RR de 1,31 (95% IC: 1,05-1,64) de desenvolver dor persistente. Também observamos entre as pacientes catastrofizadoras um risco 2,2 vezes maior de apresentar dor de maior intensidade nas primeiras 24 horas (95% IC: 1,11-4,33) (Tabela 3).

Quanto ao trauma perineal, observamos que a presença de trauma não esteve relacionada, de forma significativa, ao aumento do risco de dor perineal aguda. No entanto, nas pacientes que apresentaram trauma perineal o risco de dor persistente é 1,15 vezes maior. A relação entre trauma perineal e intensidade da dor não foi estatisticamente significativa (Tabela 4).

**Tabela 1 - Incidência e Intensidade da Dor Perineal Aguda e Persistente.**

Incidência	Dor perineal aguda (%)	Dor perineal persistente (%)
Ausente	17 (31%)	47 (85,5%)
Presente	38 (69%)	8 (14,5%)
Total	55 (100%)	55 (100%)
Intensidade	Dor perineal aguda (%)	Dor perineal persistente (%)
Leve	18 (47,3%)	6 (75%)
Moderada	19 (50%)	2 (25%)
Forte	1 (2,6%)	0
Total	38 (100%)	8 (100%)

**Tabela 2 - Incidência e Grau de Lesão Perineal.**

Lesão perineal	Incidência (%)
Ausente	9 (16,4%)
Presente	44 (80%)
Episiotomia	2 (3,6%)
Total	55 (100%)
Grau de lesão	Incidência (%)
Grau I	31 (10,3%)
Grau II	13 (29,7%)
Grau III	44 (100%)

**Tabela 3 - Associação entre Catastrofização da Dor e a Ocorrência e a Intensidade da Dor Perineal Aguda e Persistente.**

	Dor perineal aguda					P = 0,01
	Ocorrência		RR = 2,90 (95% IC: 1,8-7,75)	Intensidade		
	Sem dor (%)	Com dor (%)		leve (%)	moderada/forte (%)	
Não catastrofizadoras	13 (76,5%)	15 (41,7%)		11 (61,1%)	4 (22,2%)	
Catastrofizadoras	4 (23,5%)	21 (58,3%)		7 (38,9%)	14 (77,8%)	
	Dor perineal persistente					P = 0,022
	Ocorrência		RR = 1,31 (95% IC: 1,05-1,64)	Intensidade		
	Sem dor (%)	Com dor (%)		leve (%)	moderada/forte (%)	
Não catastrofizadoras	28 (59,6%)	0		0	0	
Catastrofizadoras	19 (40,4%)	6 (100%)		5 (100%)	1 (100%)	

Valores expressos em número (%); RR: Risco relativo; IC: Intervalo de confiança.

**Tabela 4** - Associação entre Trauma Perineal e Dor Perineal Aguda e Persistente.

Dor perineal aguda			
Trauma	Sem dor (%)	Com dor (%)	
Ausente	3 (17,6%)	6 (16,7%)	
Presente	14 (82,4%)	30 (83,3%)	RR = 1,04 (95% IC: 0,37-2,9)
Dor perineal persistente			
Trauma	Sem dor (%)	Com dor (%)	
Ausente	9 (19,1%)	0	
Presente	38 (80,9%)	6 (100%)	RR = 1,15 (95% IC: 1,02-1,3)

Valores expressos em número (%); RR = Risco relativo; IC = Intervalo de confiança

## Discussão

Em nossa amostra, 69% das gestantes apresentaram dor aguda após o parto, sendo essa incidência semelhante à descrita na literatura (57-92%)<sup>1,6,9</sup>. No referente à dor perineal persistente, nossa incidência (14,5%) foi maior do que a descrita na literatura (9,7-10%)<sup>6,9,15</sup>. Entretanto, quando excluímos as pacientes submetidas à episiotomia, esse dado assemelha-se aos já publicados (10,8%). As pacientes submetidas à episiotomia foram excluídas da análise, que avaliou a relação entre catastrofização e dor perineal, visto que já existem fortes evidências de que a episiotomia é fator de risco para o desenvolvimento de dor perineal<sup>6,7</sup> e assim poderia atuar como viés de confusão neste estudo.

Observamos que cerca de 70% das pacientes apresentaram dor aguda e dessas 52,6% referiram dor de moderada a forte intensidade. Esse dado indica que a dor pós-parto não está sendo adequadamente controlada e isso se deve ao fato de que o protocolo da Instituição só contempla o tratamento da dor de leve intensidade. Esse achado indica a necessidade de reavaliação dessa conduta.

Nosso estudo não observou relação significativa entre o trauma perineal e a ocorrência de dor perineal aguda e sua intensidade da dor e divergiu de estudo anterior que refere uma associação positiva entre o grau do trauma com a incidência e a intensidade da dor perineal após o parto vaginal<sup>7</sup>. Isso pode ser explicado pela seguinte razão: apesar de termos observado uma alta incidência de lesão perineal (80%), todas as lesões foram de baixo grau (1° e 2°), o que provavelmente contribuiu para a ausência de relação entre o grau do trauma perineal e a incidência e a intensidade da dor perineal observada em nossos resultados. Essa prevalência de lesões de baixo grau pode refletir simplesmente a realidade do local onde os dados foram coletados. Um serviço voltado para o parto humanizado, espontâneo, com baixa incidência de episiotomia, prestado por enfermeiras obstetras para gestantes de baixo risco, de forma que as pacientes que evoluíram para parto vaginal assistido (com uso de fórceps) ou apresentaram alguma distocia de progressão foram enviadas à ala de alto risco e não fizeram parte da análise dos dados.

Sobre os pensamentos catastróficos, diante da sua importância quanto à incapacidade e estresse decorrentes do estímulo doloroso, diversas medidas têm sido desenvolvidas para avaliar esse construto. As medidas mais frequentemente usadas são a Escala de Catastrofização do Questionário de Estratégias de Enfrentamento (CSQ)<sup>16</sup>, a Escala de Catastrofização sobre Dor (PCS)<sup>17</sup> e a Escala de

Catastrofização da Escala de Autoafirmações Relacionadas à Dor (PRSS)<sup>18</sup> nas quais não há pontos de corte<sup>12,18</sup>. Essa última foi a escala usada nesta pesquisa. Em seu estudo de validade inicial<sup>19</sup>, o escore médio foi 2,03 ± 1,22. O escore médio de nossa amostra foi 2,15 ± 1,24 e a mediana 2,11, que foi usada como ponto de corte para inclusão das pacientes no grupo de catastrofizadoras ou não. Embora não existam pontos de corte para essa escala, optamos por usar a mediana do escore para classificação de catastrofizadoras e não catastrofizadoras na tentativa de uma melhor e mais fácil compreensão para análise dos dados. Essa estratégia foi adotada em estudos prévios com o uso da PCS<sup>4</sup> que também não tem pontos de corte, embora o autor, no trabalho original de validação, tenha usado como pontos de corte os escores que limitavam o terço superior e inferior na distribuição dos escores da PCS de sua amostra<sup>17</sup>. Em nosso estudo, observamos que as catastrofizadoras têm um risco 2,90 vezes maior de apresentar dor perineal aguda e 1,31 vezes maior de desenvolver dor crônica. Embora a catastrofização não tenha sido originalmente descrita como preditor de ocorrência de dor, parece ter importância como tal, principalmente no que se refere à previsão de ocorrência de dor aguda. Em consonância com os achados de Flink - que, comparando as pacientes catastrofizadoras com as não catastrofizadoras, observou que as primeiras experimentavam dor mais intensa até um mês depois de realizado o parto (p < 0,0125)<sup>4</sup>, em nosso estudo observamos que as pacientes catastrofizadoras têm um risco 2,2 vezes maior de apresentar dor mais intensa nas primeiras 24 horas. Também observamos relação estatisticamente significativa entre catastrofização e intensidade da dor persistente (p < 0,023), o que corrobora os achados de estudos anteriores, realizados com pacientes portadoras de dor crônica, os quais observaram que pacientes catastrofizadoras apresentavam tendência a experimentar dor de maior intensidade<sup>17,18,19</sup>. Diante desses achados, sugerimos a possibilidade de identificar as gestantes catastrofizadoras durante o pré-natal e desenvolver intervenções a fim de proporcionar melhor adaptação dessas pacientes à dor do pós-parto. Uma opção já usada com sucesso em outras populações é a terapia cognitivo-comportamental, porém são necessários novos estudos que avaliem a efetividade desse tratamento de forma preventiva nessas mulheres<sup>4,18</sup>.

Este estudo tem algumas limitações que merecem discussão. Alguns fatores que poderiam influenciar a ocorrência da dor perineal após o parto, tais como o peso do feto ao

nascer e a duração do período expulsivo, não foram avaliados. Porém, esses fatores estão indiretamente relacionados ao trauma perineal que foi analisado.

Ainda, a escala de pensamentos catastróficos usada neste estudo é originalmente autoaplicável, o que poderia levar à dificuldade de compreensão e de cooperação por parte das participantes. Para minimizar esse fato, a escala foi aplicada e posteriormente confirmada verbalmente pelo pesquisador.

Com este estudo concluímos que é alta a incidência de dor perineal aguda e persistente após o parto vaginal espontâneo. Mulheres que catastrofizam a dor do trabalho de parto parecem apresentar maior risco de ocorrência de dor perineal aguda e persistente, como também dor perineal de maior intensidade. Os traumas perineais de baixo grau aumentaram discretamente o risco de ocorrência de dor perineal persistente. Futuras pesquisas são necessárias tanto para identificação da melhor estratégia de suporte às puérperas catastrofizadoras quanto para melhor compreensão do papel da catastrofização sobre a ocorrência e intensidade dor aguda.

## Referências

1. Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, Lavand'homme P et al. - Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain*, 2008;140:87-94.
2. Borders N - After the afterbirth: a critical review of postpartum health relative to method of delivery. *J Midwifery Womens Health*, 2006;51:242-248.
3. Olofsson N. Labor pain and the treatment. Lund: Studentlitteratur, 2003.
4. Flink IK, Mroczek MZ, Sullivan MJL et al. - Pain in childbirth and postpartum recovery. The role of catastrophizing. *Eur J Pain*, 2009;13:312-316.
5. Andrews V, Thakar R, Sultan AH et al. - Evaluation of postpartum perineal pain and dyspareunia. A prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008;137:152-156.
6. Leeman L, Fullilove AM, Borders N et al. - Postpartum perineal pain in a low episiotomy setting: association with severity of genital trauma, labor care, and birth variables. *Birth*, 2009;36:283-288.
7. Macarthur AJ, Macarthur C - Incidence, severity, and determinants of perineal pain after vaginal delivery: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol*, 2004;191:1199-1204.
8. Fernando RJ, Sultanb AH - Risk factors and management of obstetric perineal injury. *Curr Obstet Gynaecol*. 2004;14:320-326.
9. Lavand'homme P - Chronic pain after vaginal and cesarean delivery: a reality questioning our daily practice of obstetric anesthesia. *Int J Obstet Anesth*, 2010;19:1-2.
10. Ferber SG, Granot M, Zimmer EZ - Catastrophizing labor pain compromises later maternity adjustments. *Am J Obstet Gynecol*, 2005;192:826-831.
11. Flor H, Behle DJ, Birbaumer N - Assessment of pain - Related cognitions in chronic pain patients. *Behav Res Ther*, 1993;31:63-73.
12. Junior JS, Nicholas MK, Pereira IA et al. - Validação da escala de pensamentos catastróficos sobre dor. *Acta Fisiatr*, 2008;15:31-36.
13. Marquié L, Duarte LR, Mariné C et al. - How patients and physicians rate patients' pain in a French emergency department using a verbally administered numerical rating scale and a visual analog scale. *Acute Pain*, 2008;10:31-37.
14. Pitangui ACR, Sousa L, Ferreira CHJ et al. - Mensuração e características da dor perineal em primíparas submetidas à episiotomia. *Acta paul. Enferm*. 2009;22:77-82.
15. Eisenach JC, Pan PH, Smiley R et al. - Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain*, 2008;140:87-94.
16. Rosenstiel AK, Keefe FJ - The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 1983;17:33-44.
17. Sullivan MJL, Bishop SR, Pivik J - The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychol Assess*, 1995;7:524-32.
18. Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA et al. - Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain*, 2001;17:52-64.
19. Khana RS, Ahmed K, Blakeway E et al. - Catastrophizing: a predictive factor for postoperative pain. *AM J Surg*, 2011;201:122-131.